LES OBSESSIONS
DANS LES PSYCHONÉVROSES

N° 39

LES OBSESSIONS

DANS LES

PSYCHONÉVROSES

(ÉTUDE PSYCHO-CLINIQUE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 mai 1907

PAR

LOUIS PERRIER

Né à Nimes, le 16 novembre 1875

Gradué en théologie

Licencié ès sciences



Pour obtenir le grade de docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GROLLIER, ALFRED DUPUY SUCCESSEUR

7, Boulevard du Peyrou, 7

1907

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. MAIRET (✵)............ Doyen.
SARDA.................. Assesseur.

Professeurs

Clinique médicale..............................	MM. GRASSET (✵).
Clinique chirurgicale..........................	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale..............	HAMELIN (✵).
Clinique médicale..............................	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✵).
Physique médicale..............................	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales........	GRANEL.
Clinique chirurgicale..........................	FORGUE (✵).
Clinique ophtalmologique.......................	TRUC (✵).
Chimie médicale................................	VILLE.
Physiologie....................................	HEDON.
Histologie.....................................	VIALLETON.
Pathologie interne.............................	DUCAMP.
Anatomie.......................................	GILIS.
Opérations et appareils........................	ESTOR.
Microbiologie..................................	RODET.
Médecine légale et toxicologie.................	SARDA.
Clinique des maladies des enfants..............	BAUMEL.
Anatomie pathologique..........................	BOSC.
Hygiène..	BERTIN-SANS (H).
Clinique obstétricale..........................	VALLOIS.

Professeurs-adjoints: M. RAUZIER, De ROUVILLE.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✵), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	RAUZIER, prof. adjoint.
Pathologie externe......................	SOUBEIRAN, agrégé.
Pathologie générale.....................	N...
Clinique gynécologique..................	De ROUVILLE, prof.-adjoint
Accouchements...........................	PUECH, agrégé libre.
Clinique des maladies des voies urinaires..	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie........	MOURET, agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. JEANBRAU.	MM. GAGNIERE.
RAYMOND (✵).	POUJOL.	GRYNFELTT Ed.
VIRES.	SOUBEIRAN.	LAPEYRE.
VEDEL.	GUERIN.	

M. H. IZARD, *secrétaire*,

Examinateurs de la thèse :

MM. GRASSET, *président*.	MM. VIRES, *agrégé*.
RAUZIER, *professeur adjoint*.	GUÉRIN-VALMALE, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

HOMMAGE DE RECONNAISSANCE ET D'AFFECTION

L. P

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de notre longue vie d'étudiant, nous tenons à remercier tous nos Maîtres des universités de Toulouse et de Montpellier, à l'école desquels nous nous sommes formé. Nous sommes heureux de leur exprimer ici notre reconnaissance pour le soin qu'ils ont mis à nous enseigner leurs méthodes particulières et la bienveillance avec laquelle ils ont orienté nos premiers efforts.

Intéressé tout spécialement par la neuropathologie, nous avons suivi les cliniques si captivantes de M. le professeur Grasset avec un plaisir toujours croissant et avec un grand profit. Nous tenons à le remercier tout particulièrement de la sympathie qu'il nous a manifestée à plusieurs reprises et de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider la soutenance de notre thèse.

Nous remercions aussi M. le doyen Mairet et M. le professeur Rémond (de Metz), dans les services desquels nous avons fait de longs stages. Leur enseignement nous a aidé à mieux poser et à mieux comprendre les difficiles problèmes que soulève la pathologie mentale et nous a permis de nous orienter dans l'étude des psychoses, si importante pour le médecin comme pour le psychologue.

Nous gardons de l'enseignement si profondément clinique de M. le professeur Carrieu et de son amabilité pour nous, d'utiles et de précieux souvenirs.

Nous remercions M. le professeur Rauzier pour ses leçons pratiques de l'Hôpital général, toujours si intéres-

santes et d'une rigueur scientifique impeccable. Nous lui sommes très reconnaissant des conseils personnels et des précieuses directions qu'il nous a donnés.

Nous remercions M. le professeur agrégé Vires, dont l'amabilité est connue de tous.

Nous remercions M. le professeur agrégé Guérin-Valmale, qui s'est montré en diverses circonstances un véritable ami pour nous.

Nous remercions enfin tous nos autres Maitres dans les services desquels nous avons été et notamment MM. les professeurs Tédenat, Estor, de Rouville, Valois, Vedel, etc.

Nous tenons à exprimer aussi notre reconnaissance à notre oncle, le Docteur Perrier, directeur de l'établissement thermal d'Euzet-les-Bains, auprès duquel nous avons étudié pendant plusieurs mois la thérapeutique hydro-minérale, si délicate à tant d'égards.

INTRODUCTION

L'obsession est un phénomène psychologique morbide qui n'a été nettement isolé comme entité nosologique que depuis le milieu du siècle dernier. Bien avant cette époque, les obsessions avaient été signalées sous des appellations diverses, et on en trouve notamment des descriptions d'une exactitude de détails remarquable dans presque tous les ouvrages des grands mystiques.

Longtemps confondues avec des symptômes vésaniques, les aliénistes les isolèrent peu à peu et les dégagèrent du groupe des psychoses dans lequel on les rangeait bien à tort. Elles furent décrites sous différents noms qui ont un grand intérêt, car tous mettent en lumière un caractère particulier de ces crises. Elles furent appelées : *manie sans délire* (Falret), *pseudomonomanie* (Delasiaure), *folie lucide* (Trèlat), *folie avec conscience* (J. Falret, Baillarger), *délire émotif* (Morel), *paranoïa rudimentaire*, *monomanie abortive* (Spitzka), ou encore *idées fixes* (Westphal), *idées incoercibles* (Tamburini), *idées impératives* (Hack-Tuke).

Les psychologues contemporains contribuèrent aussi par leurs travaux sur les émotions, l'attention, les images mentales, etc., à faire avancer l'étude de ce syndrome dont l'importance est capitale pour la connaissance du mécanisme de la pensée.

Aujourd'hui tout le monde est à peu près d'accord pour

admettre la définition que M. Régis a présentée au Congrès de médecine de Moscou, en 1896.

« *L'obsession est un syndrome morbide caractérisé par l'apparition involontaire et anxieuse dans la conscience, de sentiments, de pensées parasites qui tendent à s'imposer au Moi, évoluent à côté de lui malgré ses efforts pour les repousser et créent ainsi : une variété de dissociation psychique dont le dernier terme est le dédoublement conscient de la personnalité* ».

La définition de Magnan est plus brève : « *Un mode d'activité cérébrale dans lequel un mot, une pensée, une image s'impose à l'esprit en dehors de la volonté, avec une angoisse douloureuse qui la rend irrésistible* ».

Comme on le voit, les obsessions ne constituent pas une maladie au sens clinique du mot, mais un syndrome. Elles ne sont qu'un épiphénomène se développant sur un terrain spécial. Elles présentent donc à étudier :

1° Un *terrain* prédisposant qui est fonction de tares nerveuses héréditaires ou idiopathiques ; d'une émotivité exagérée ou d'un organisme débilité par le surmenage ou la maladie. Cet élément, antérieur à toute obsession, agit en produisant un état de déséquilibration dans toutes les facultés, et, comme le dit le professeur Grasset, qui a cherché à préciser psychologiquement cette action, elle amène « un trouble de la fonction de hiérarchisation des motifs ».

2° Une *idée* devenant obsédante par intermittence. Cette idée étant involontaire et incoercible, le malade ne pouvant ni la provoquer à son gré, ni la faire disparaître lorsqu'il le désire. Elle est consciente, les malades qui l'éprouvent se rendent compte de son caractère anormal et cherchent à la repousser. Elle n'altère donc pas le mécanisme général de l'intelligence.

3° Une *crise* psycho-physiologique concomitante à paroxysmes accentués, qui n'est qu'une réaction de défense de

l'organisme tout entier. Ces caractères généraux suffisent à distinguer très nettement les obsessions des phénomènes similaires que l'on rencontre dans les psychoses, et, en particulier, avec l'idée fixe, les paranoïas rudimentaires, et les délires de certains états infectieux ou toxiques.

*
* *

L'étude des obsessions, qui a un grand intérêt en psychologie, puisqu'elle éclaire d'un jour nouveau le difficile problème de la volonté, est tout aussi intéressante au point de vue médical proprement dit.

Elle montre toute l'importance que peut acquérir une idée pathologique, qui est capable, alors même qu'elle est connue comme telle par le sujet, d'amener des perturbations profondes dans son état physique et mental. Elle aide à comprendre l'origine psychique de certains tics, de certaines manies, qui ne sont que des réactions de défense contre une idée maladive, réactions qui ont été fixées et conservées par l'habitude.

Enfin, elle fait connaître cet état intermédiaire entre l'état normal et l'aliénation mentale qui soulève tant d'importantes questions médico-légales, auxquelles l'un de nos maîtres vient de consacrer une étude pleine d'intérêt (1).

Malgré leur apparence parfois très dramatique, les obsessions ne touchent pas au fond même de la personnalité et se produisent chez des sujets ayant conservé intactes les principales facultés de l'esprit : intelligence, mémoire, jugement, etc.

Ils sont par conséquent capables de s'analyser avec beaucoup de précision et de fournir des renseignements détaillés

(1) J. Grasset : « Demifous et demiresponsables. »

sur leur état. On peut chez eux saisir sur le vif la genèse et le développement des idées et des sentiments pathologiques, dont l'étude est si difficile chez les véritables aliénés. Parlant et agissant dans leur vie journalière comme des hommes tout à fait normaux, les obsédés touchent pendant leurs crises aux « frontières de la folie » ; mais cette limite arbitraire n'est presque jamais franchie par eux. Ils font tous leurs efforts pour résister à leurs tendances mauvaises, et s'ils n'arrivent pas toujours à inhiber leurs idées obsédantes, ils savent trouver des correctifs à leurs impulsions graves.

L'obsession, dans sa forme élémentaire, embryonnaire, si l'on peut s'exprimer ainsi, peut se développer chez tout le monde. Elle n'est alors que le résultat d'une exagération provisoire de l'activité automatique des centres nerveux. Lorsqu'elle prend des formes graves, c'est qu'elle se développe chez des sujets prédisposés. La notion de terrain joue ici, comme dans toute la pathologie mentale, un rôle prépondérant et dont il faut tenir compte.

Il serait difficile de préciser en quelques lignes en quoi consiste essentiellement cette prédisposition. Elle tient, nous semble-t-il, à des causes multiples que nous aurons l'occasion de signaler pendant le cours de ce travail. Ces causes nous paraissent être réunies en grand nombre dans les psychonévroses, où l'on rencontre si fréquemment les obsessions, soit comme unique manifestation de la maladie, soit comme complication.

En étudiant les obsédés, nous avons été frappé de rencontrer chez un grand nombre d'entre eux des stigmates de névroses (neurasthénie, psychasthénie, hystérie). Il nous a paru intéressant de préciser dans chacune de ces névroses les caractères du terrain prédisposant physique et mental, ainsi que les formes particulières que revêtent les idées obsédantes et la crise psycho-physiologique qui l'accompagne.

Les *stigmates physiques* et *mentaux* de ces névroses sont bien connus ; nous n'insisterons longuement que sur ceux qui paraissent avoir une influence réelle sur les obsessions et qui peuvent expliquer dans une certaine mesure leur éclosion et leur développement.

Les *idées obsédantes* sont infiniment variées et peuvent porter, suivant la culture intellectuelle ou les préoccupations du sujet, sur les choses les plus banales de la vie comme sur les plus hautes abstractions métaphysiques. Mais si le contenu de ces idées est assez semblable dans les différentes psychonévroses, il n'en est pas de même de leur forme qui présente des particularités permettant de les distinguer.

La crise obsédante, provoquée par les réactions psycho-physiologiques somatiques dans les diverses psychonévroses, varie comme forme, comme durée et comme intensité. Il va sans dire que le mécanisme profond de défense reste le même, l'organisme n'ayant pas plusieurs façons de traduire sa souffrance et de résister à des idées ou des sentiments anormaux.

Pour établir des diagnostics différentiels entre les diverses catégories d'obsessions, nous serons obligés d'insister parfois sur des détails psychologiques qui paraîtront peut-être un peu subtils ; mais il ne faut pas oublier que dans les cas de psychonévroses légères sur lesquelles se développent les obsessions, on n'a pas toujours des signes nets et précis. Du reste, comme le dit Janet : « L'étude du moral d'un malade doit faire partie de sa description clinique, et les relations des phénomènes psychologiques entre eux, ainsi que leurs relations avec les faits physiologiques doivent être recherchées. C'est ainsi seulement que la médecine pourra conquérir la connaissance de l'homme tout entier et comprendre des maladies qui affectent tout l'organisme. »

Disons quelques mots des malades qui ont servi à cette

étude. Nous en avons rencontré quelques-uns dans les cliniques de maladies mentales, mais les vrais obsédés y sont assez rares ; l'hôpital ou l'asile leur fait peur. Par suite de circonstances fortuites, nous avons pu en suivre quelques-uns pendant assez longtemps et connaître non seulement leurs crises, mais aussi leur caractère, leur intelligence, etc. Quelques-uns d'entre eux se sont prêtés avec beaucoup de complaisance à des expériences de laboratoire. Ce sont leurs observations que nous publions à la fin de chaque chapitre.

Les autres malades, sur lesquels nous ne possédons que des renseignements beaucoup plus sommaires, nous ont été indiqués à la suite d'une petite enquête. Bien qu'elle n'ait pas donné tous les résultats que nous en attendions, nous avons pu nous procurer ainsi quelques observations nouvelles qui, bien que fragmentaires, ne sont pas dépourvues d'intérêt.

Nous diviserons notre étude en trois chapitres d'inégale longueur :

Les obsessions chez les *neurasthéniques*.
Les obsessions chez les *psychasthéniques*.
Les obsessions chez les *hystériques*.

CHAPITRE PREMIER

LES OBSESSIONS CHEZ LES NEURASTHÉNIQUES

Les obsessions se rencontrent très fréquemment dans la neurasthénie. Les états physiques et mentaux qu'elles supposent favorisent en effet le développement des idées obsédantes. Il faut tout de suite établir une distinction entre la neurasthénie *vraie* et la neurasthénie *constitutionnelle* ou *héréditaire*. Les classiques, et Charcot en particulier, avaient longuement attiré l'attention sur l'importance de cette distinction au point de vue de l'évolution et du pronostic. Les études sur les idées pathologiques viennent encore la confirmer et la renforcer.

Les idées obsédantes peuvent se produire, soit au cours d'une neurasthénie vraie dont elles ne sont qu'une complication d'ordre secondaire, le tableau clinique étant dominé avant tout par les symptômes physiques ; soit au cours d'une neurasthénie constitutionnelle, état pathologique vague au diagnostic incertain, que ces obsessions, véritables stigmates mentaux, permettent seules d'affirmer. Nous étudierons donc ces états dans deux chapitres séparés, commençant par l'étude de la neurasthénie vraie qui nous paraît être la plus simple.

Sans entrer dans l'étude détaillée de cette grande névrose,

nous tenons à rappeler ses principaux symptômes physiques et mentaux qui, à notre point de vue, permettent d'expliquer dans une certaine mesure l'origine et le développement des idées obsédantes.

I. — Le terrain neurasthénique

Symptômes douloureux. — Etat mental des neurasthéniques. Causes favorisantes des obsessions.

Ce qui caractérise la neurasthénie vraie, ce qui domine toute sa symptomatologie, c'est comme son nom l'indique, une asthénie, une faiblesse générale portant sur tous les appareils et pouvant se localiser plus spécialement sur un organe ou un groupe d'organes.

Des hommes qui jusque-là avaient paru jouir d'une santé florissante, se plaignent tout à coup d'une faiblesse générale en contradiction avec leur belle apparence extérieure. La moindre fatigue les abat. Ils ne peuvent plus exécuter leurs travaux coutumiers sans fournir une somme d'efforts qui leur paraît insurmontable et qui les épuise. S'ils font des travaux manuels, ils disent que leurs bras ou leurs jambes « sont devenus de coton ». Si ce sont des travailleurs de la pensée, ils disent « que leur cerveau est vide ». Les uns et les autres ne peuvent plus suffire à leur tâche et sont obligés de la réduire ou même de la suspendre.

A cette amyosthénie viennent se joindre des *symptômes douloureux*.

Une rachialgie lombaire ou dorsale s'irradiant jusqu'à la partie supérieure du membre inférieur qui oblige souvent le malade à garder la position horizontale.

Une *céphalalgie* se manifestant tantôt comme une douleur violente paroxystique, tantôt comme une douleur sourde « un rongement pénible » qui le quitte peu, apparaissant dès le réveil et présentant des recrudescences douloureuses après les principaux repas, à l'heure où s'effectue la digestion stomacale. Cette dernière est d'ailleurs le plus souvent troublée par des dyspepsies douloureuses dont l'origine est dans l'atonie stomacale, cet organe participant à l'adynamie générale.

Leur sommeil est de courte durée. Eux qui, plus que personne, auraient besoin d'un repos réparateur de leurs forces physiques et morales, n'ont le plus souvent que des insomnies fréquentes et pénibles. Leur esprit surexcité les tient en éveil et, s'ils viennent à s'endormir, ils ont des cauchemars, ressentent des piqûres, des fourmillements, des secousses musculaires qui les éveillent en sursaut.

D'autres, plus rares, arrivent à dormir. Mais leur sommeil est alors lourd et pénible, il a quelque analogie avec celui des alcooliques. Pendant toute sa durée, leurs membres sont engourdis, leur tête est pesante. Ils mettent un temps très long à se réveiller et ne parviennent à se lever qu'au prix de pénibles efforts. Aussi, lorsqu'il lui faut reprendre, le matin, sa tâche quotidienne, le sujet se sent épuisé par ce manque de repos, auquel se sont ajoutées parfois des pollutions nocturnes fréquentes. Il a la tête lourde et éprouve souvent du vertige. Ce n'est pas, comme dit Gilles de la Tourette (1) « un véritable trouble de l'équilibre qui renverse le malade sur le sol, mais bien plutôt une sensation de vide cérébral, de translation s'accompagnant d'une faiblesse des membres inférieurs, qui tendent à se dérober sous le poids du corps. »

(1) Gilles de la Tourette : « Les Etats neurasthéniques », p. 13.

Cet état vertigineux est encore favorisé par des troubles oculaires, asthénopie accomodative, mouches volantes, qui s'exagèrent par la pleine lumière lorsque le malade veut sortir ou travailler.

Avec cela le neurasthénique éprouve des phénomènes anormaux, simulant parfois à s'y méprendre des lésions graves. Il ressent des troubles dans le système *cardio-vasculaire* : des palpitations de cœur douloureuses, des battements dans la tête, aux tempes, au cou, à l'épigastre. Des crises de fausse angine de poitrine, des bouffées congestives, de l'hypotension, des troubles dans les *fonctions digestives*. Dyspepsies douloureuses, borborygmes, flatulences s'accompagnant de diarrhées ou de constipations opiniâtres présentant le tableau de l'entérite muco-membraneuse.

Des troubles de la *fonction sexuelle*. De la dysménorrhée chez la femme, des pollutions, de l'impuissance ou du satyriasis chez l'homme.

Des troubles de la *fonction urinaire* : Mictions fréquentes et douloureuses, avec oligurie ou polyurie.

Des troubles du *système nerveux* : Tremblements des membres, craquements subjectifs, secousses musculaires intenses, des douleurs erratiques, des hypéresthésies, parfois même une exagération des réflexes, etc.

Suivant que telle ou telle catégorie de ces symptômes seront prédominants, on aura à faire à une neurasthénie cardiaque, urinaire, etc. On comprend aisément que, toujours préoccupé par eux, le neurasthénique inquiet finisse par tomber dans des obsessions hypocondriaques. La phobie de la maladie nous explique ces idées hypocondriaques, comme la crainte du vertige pourra nous aider à comprendre son agoraphobie.

*
* *

La fatigue, qui nous a expliqué en grande partie les

symptômes physiques du neurasthénique, nous donne aussi la clef de son état mental.

Le moindre effort de pensée l'épuise. En présence de la difficulté intellectuelle, il se sent déprimé et sans force, et pour la vaincre, il est obligé de dépenser une somme d'énergie considérable. Cette disproportion entre le but qu'il poursuit et les moyens qu'il est obligé de mettre en œuvre pour l'atteindre, lui font perdre toute confiance en lui. Exagérant sa faiblesse naturelle, il grossit du même coup les difficultés qui l'entourent et se décourage pour les motifs les plus futiles. « Il se fait un monstre de rien, dit Grasset ; un simple caillou devient pour lui un rocher, une ombre devient un fantôme. »

Cette asthénie morale qui lui fait craindre l'effort, le poussera à subir passivement les difficultés de l'existence comme un fataliste. Conscient de son impuissance, la vie lui apparaîtra sombre, il en verra les principaux événements comme à travers des lunettes noires.

Il est « pessimiste. Mais à l'inverse du mélancolique qui puise sa tristesse et son abattement dans les interprétations délirantes, véritables perversions mentales, ou du paralytique général qui ne jouit plus de son propre contrôle, le neurasthénique se rend un compte exact de son état mental, de la dépression psychique dans laquelle il se trouve. Il s'en rend compte et il s'en afflige, et c'est même cette conscience exagérée de son état qui le plonge dans la tristesse. » (1)

Ses facultés mentales gardent leur intégrité et ne présentent aucune perversion. Ses jugements sont sains, son association des idées normale, sa mémoire intacte, bien qu'un « peu dure », comme nous le disait d'une manière assez

(1) Gilles de la Tourette : op. cit., p. 23.

pittoresque l'un de nos malades. C'est qu'en effet, bien que les souvenirs soient conservés intégralement, il faut au neurasthénique un effort pour les évoquer. Il a le plus souvent une riche floraison d'idées excellentes en général, et lorsqu'on les prend séparément ; mais contradictoires et désordonnées dans leur ensemble. Il ne peut en poursuivre une jusqu'au bout avec persévérance. A chaque instant celle qu'il veut réaliser semble lui échapper et il passe de l'une à l'autre sans transition, exécutant un perpétuel coq-à-l'âne. C'est là l'origine de ce caractère mobile, changeant, instable, qui leur permet de passer dans un temps très court par toute la gamme des sentiments, depuis la plus grande tristesse jusqu'à la plus intense joie. De là aussi ses distractions incessantes et ses perpétuelles étourderies que tout le monde connaît bien.

« Il prend un livre ou un journal, dit Béard, et en lit un paragraphe une demi-douzaine de fois sans savoir ce qu'il contient ou sans pouvoir dire ce qu'il a lu. Il jette le livre de découragement et il essaye d'écrire une lettre, mais il lui faut souvent y renoncer avant d'avoir rempli la première page ; son esprit voyage dans un rêve diurne, aussi loin que possible du sujet poursuivi par la pensée ; et ce rêve fait vite oublier le travail qu'il avait entrepris. »

Chez le neurasthénique l'imagination domine sur la raison. C'est que les facultés inhibitrices qui constituent le « pouvoir de contrôle » chez l'homme normal est très faible chez lui. Il se laisse dominer par ses impressions sans chercher à les vaincre. Aussi est-il irritable sans motif, boudeur sans cause. Cette tournure d'esprit avait été très bien observée par les auteurs anciens qui l'appelaient « faiblesse irritable. »

Il est émotif à l'excès, les causes les plus futiles provoquent chez lui des réactions émotionnelles intenses. Un mot un peu vif, une scène impressionnante, une contrariété le

mettent en émoi. Il rougit avec une facilité surprenante. Sa gorge « se serre », il a des « angoisses pénibles », fond en larmes à tout propos, etc., etc.

Tous ces phénomènes anormaux et qui lui paraissent tels, l'étonnent et le font se préoccuper de lui-même plus qu'il ne faudrait. Il s'analyse avec beaucoup de minutie et se rend compte de ce qu'il y a de pathologique dans son état. Mais avec sa facilité de pousser les choses à l'extrême, il exagère la gravité de son état. Il croit sa maladie incurable. Il s'étudie, « se dissèque » pour discerner tout ce qui lui paraît anormal dans les désordres physiques et dans les désordres psychiques qu'il constate. Craignant de confier ces détails à sa mémoire qui pourrait être infidèle, ou pour apporter plus de précision dans l'étude de ces symptômes morbides, il les écrit et constitue de véritables mémoires qui sont souvent des auto-observations pleines d'intérêt pour le médecin ou le psychologue. Cette tendance à écrire « sur de petits papiers » est, par elle-même, une indication pour le diagnostic.

Cette analyse, dans laquelle les détails sont grossis, lui fait penser qu'il n'est pas comme tout le monde ; cela le rend timide, car il craint de n'être pas compris et d'être tourné en ridicule. En fait, son milieu le méconnaît souvent. On le traite de malade imaginaire, parce qu'on trouve étranges et bizarres les maux dont il se plaint. Ses souffrances sont pourtant très réelles, son seul tort est de leur donner une importance plus grande qu'il ne conviendrait.

*
* *

D'après cette esquisse rapide du caractère des neurasthéniques, on prévoit déjà comment les idées obsédantes pourront se produire, favorisées par cet état mental très particulier. La simple analyse de leur « terrain psychologique »

suffira à nous expliquer la plus grande partie des causes déterminantes des obsessions et elles sont nombreuses :

1° Des idées multiples et contradictoires surgissent dans son esprit. Au sein de ce chaos, l'une d'elle prendra tout à coup la prépondérance. Ce sera, le plus souvent, celle qui sera revêtue du coefficient affectif le plus riche qui se développera au détriment des autres, et son exubérance sera telle, qu'elle occupera à elle seule le champ de la conscience tout entier, forçant l'attention du sujet. « Dans l'harmonie polyidéique qui constitue le fonctionnement normal de l'intelligence, l'émotivité pathologique cherche à jeter une note, toujours la même. Cette note introduite ainsi dans le concert intellectuel, devient une étrangère, une intruse, qui sollicite notre attention. De sorte qu'en dehors des concepts réguliers qui se déroulent normalement dans notre esprit, une idée discordante tend à se faire jour et, s'hypertrophiant de plus en plus, en arrive à s'imposer et même à dominer les autres. D'où cette tendance à la dissociation ou dédoublement psychique (1) ».

2° L'état de fatigue cérébrale du neurasthénique ne lui permet pas, comme chez l'homme normal, de coordonner, de hiérarchiser avec force ses idées. Aussi, lorsque l'idée obsédante se développe, « qu'il la sent venir », il ne trouve pas d'idée plus forte à lui opposer et qui, par ses caractères, pourrait inhiber la première. On sait, en effet, que deux idées peuvent s'empêcher de passer mutuellement à la pleine conscience et même à l'acte, l'une ne pouvant acquérir la prépondérance que lorsque l'autre aura disparu.

3° L'attention volontaire est beaucoup diminuée chez le

(1) Pitres et Régis : « Obsessions et impulsions », p. 71.

neurasthénique. Dès qu'il a fait attention pendant quelques instants, il se fatigue. Il ne pourra donc pas, pour lutter contre l'idée obsédante envahissante, fixer fortement son attention ailleurs, ce qui serait pour lui la meilleure manière de triompher. Pour suppléer à ce moyen de défense tout naturel à l'homme normal, il est obligé d'employer ce que les psychologues ont appelé la « méthode indirecte », véritable dérivation psychique aidée par des moyens extérieurs qui l'obligent à détourner son attention. Ils emploient mille « trucs » (1), tels que siffler, chanter, exécuter des mouvements bizarres, des contorsions grotesques ou des signes cabalistiques. L'un fait tourner son pouce, l'autre fait claquer ses doigts, frotte les pieds sur le sol, balance ses jambes, etc. Ces moyens de distraction se fixent par l'habitude et deviennent l'origine de tics bizarres qui peuvent persister longtemps après la guérison. Ils sont, comme on le voit, des symptômes physiques révélateurs d'un psychisme morbide.

4° Toujours préoccupé de lui-même, il éprouve une vague anxiété à se sentir des symptômes anormaux. Ses craintes restées imprécises finissent peu à peu par se systématiser. Son anxiété diffuse prend corps dans une idée obsédante. On peut suivre ce mécanisme chez beaucoup de malades. Citons-en quelques exemples :

Souffrant de symptômes multiples produisant un état douloureux généralisé, le neurasthénique finit par attirer son attention uniquement sur les douleurs qui se localisent en un point quelconque du corps qui correspondrait d'après lui à un organe important, foie, rein, poumon, etc. Il croira d'abord avoir une lésion de ces organes et peu après aura des obsessions hypocondriaques.

(1) Bellet : « Moyens de défense des obsédés », th. Bord. 1898.

5° Se sentant faible, il perd confiance en lui-même. Il est constamment obsédé par la pensée que tout ce qu'il fait est mal fait. Il se retournera vingt fois pour s'assurer qu'une porte est bien fermée ; il se lavera plusieurs fois de suite les mains pour être bien sûr qu'elles sont propres, etc., etc. Ce sentiment de faiblesse pourra même avoir des conséquences graves. Pour exécuter les actes les plus simples, il se croit obligé de faire des efforts considérables que son imagination grossit. Or, comme tous les efforts lui coûtent et lui font peur, il préfère rester dans l'inaction. *L'aboulie*, si fréquente dans la neurasthénie, n'a souvent pour origine qu'une idée obsédante : la crainte de tel ou tel effort particulier.

6° Le neurasthénique est très émotif. Le moindre choc moral peut développer en lui un cortège émotionnel absolument disproportionné avec la cause qui a contribué à le produire. Cette émotivité morbide pourra se traduire de mille manières, mais prendra le plus souvent le caractère de craintes angoissantes. Etat assez vague qui finit toujours — se canalisant dans un sens déterminé — par se transformer en phobie. Cette systématisation dépend un peu de la tournure d'esprit et aussi des émotions extérieures qui orientent en quelque sorte les idées du malade vers ce qui deviendra le sujet de son obsession. Ribot a admirablement décrit ce processus dans sa psychologie des sentiments : « La crainte maladive peut être le résultat de la transformation occasionnelle d'un état vague indéterminé en une forme précise. La panophobie serait un stade préparatoire, une période d'indifférenciation. Le hasard, un choc brusque, lui donne une orientation et le fixe (peur d'épidémie, des microbes, de la rage, etc.). C'est le passage de l'état affectif diffus à l'état intellectualisé, c'est-à-dire concentré et incarné dans une idée fixe : travail analogue

à celui du délire de persécution où la suscipion d'abord vague s'attache à un homme et ne le lâche plus. » (1)

Un de nos malades fut un jour, par surprise, léché par un chien qui avait la gueule pleine de bâve. Impressionné par cet acte qui lui inspira un profond dégoût, l'idée lui vint tout de suite que le chien aurait pu être enragé. Depuis, chaque fois qu'il voyait ou entendait un chien, il était obsédé par la pensée de la rage. Un autre, frappé par la pâleur du visage de l'un de ses amis atteint de tuberculose, était obsédé par la crainte de cette maladie dès qu'il se voyait un peu plus pâle que de coutume, etc., etc.

La pensée du suicide, qui poursuit parfois avec beaucoup d'intensité le neurasthénique, nous paraît avoir une origine analogue. Ce n'est pas chez lui une idée fixe qui le hante sans cesse, comme chez le véritable hypocondriaque qui y songe froidement jusqu'à exécution. Elle naît plutôt (bien que cela paraisse paradoxal) à la suite de circonstances ou de méditations qui lui ont inspiré une vive crainte de la mort. La peur de la mort le conduit à l'obsession du suicide.

Un neurasthénique fait une course de montagne, il se trouve au bord d'un précipice. L'idée de la mort se présente vivement à lui. Il mesure l'abîme du regard, il se retrace toutes les horreurs de la chute qu'il pourrait faire. Peu à peu il lui semble qu'il va y rouler, ses jambes fléchissent, une angoisse l'étreint. Epouvanté, il s'enfuit pour ne pas se laisser aller à la tentation d'y rouler. Mais l'idée du suicide le poursuit et il semble toujours qu'il va mettre fin à ses jours en se jetant dans un ravin abrupt, dans un puits profond ou du haut d'un étage élevé. Citons un exemple emprunté au Dr Rencurel (2) :

(1) Ribot : « Psychologie des sentiments », p. 214.

(2) Rencurel : « Thèse Bordeaux, 1896 ».

« un neurasthénique part pour la pêche sans aucune pensée d se tuer. Il raconte que penché sur le bord de sa barque, lentement, malgré lui, il pense à la mort. L'eau qui l'entoure évoque en lui une idée de noyade, il se sent poussé à se jeter à l'eau. Cette idée, bientôt, envahit son esprit ; il y songe avec persistance. L'obsession du suicide grandit ; il est là face à face avec la mort possible. Il s'effraye, il a peur que devant la mort, seul, sans secours à espérer, sans ami pour chasser son idée, il ne puisse vaincre son obsession. Aussi, dès qu'il sent le danger imminent, il plie ses lignes, ferme son filet et s'en va. En route, il fuit ; il ne suit pas les berges de la rivière, bien que le trajet soit plus court. Il évite au contraire de retrouver l'eau qui l'a si tristement inquiété ; et il fera sans doute de même à l'avenir, car la vue de la rivière lui rappellera l'idée du suicide ».

C'est là l'exagération de la fameuse loi du vertige, bien étudiée par la psychologie contemporaine et en particulier par Renouvier (1).

II. — L'idée obsédante neurasthénique

Ce qui frappe tout d'abord dans les obsessions, c'est l'importance que peut prendre une idée et sa prédominance dans l'esprit, au détriment de toutes les autres. Chez le neurasthénique, ce n'est pas le simple rappel d'une pensée, d'un souvenir qui a vivement impressionné son imagination autrefois ; c'est presque toujours une *image complexe* ou une *idée abstraite* formant un système compliqué dont toutes les

(1) C. Renouvier et L. Prat : « La nouvelle Monadologie », p. 224, 230.

parties sont fortement coordonnées et qui apparaît brusquement au cours de l'idéation qu'elle interrompt.

Il est impossible de les rattacher par les lois de succession logique ou d'« association des idées » à un antécédent quelconque. Les circonstances extérieures les modifient peu et semblent n'être pour rien dans leur production ou leur développement. Leur origine nous échappe très souvent, ainsi qu'au sujet qui n'arrive pas toujours à en trouver la cause. C'est ce que les classiques appellent des *idées endogènes*, voulant exprimer par là leur origine profondément subjective par opposition aux *idées exogènes* qui prennent naissance à l'occasion d'événements extérieurs impressifs, dont nous verrons de remarquables exemples dans les idées obsédantes hystériques.

Le contenu de ces idées est variable à l'infini.

Les plus fréquentes sont des idées hypocondriaques (phobie des maladies ou crainte de contaminer les autres). Des idées relatives à la morale (peur de commettre des mauvaises actions, des vols, des assassinats, etc.). Des idées relatives à la métaphysique ou à la philosophie (recherche angoissante de l'origine des choses, de la genèse de la pensée, de l'évolution du temps, etc.). Des idées relatives à la religion (crainte de la damnation, peur de souiller les objets du culte, etc.). Des idées pseudo-scientifiques (recherche de problèmes insolubles, d'inventions irréalisables, etc.). Très souvent aussi ce sont des idées banales ou insignifiantes de la vie quotidienne qu'il serait difficile d'énumérer, car toute idée, tout sentiment d'ordre quelconque, peut devenir matière à obsessions. On peut dire d'une manière générale et sans que cette observation ait rien d'absolu, que les obsessions à propos de spéculations élevées et d'idées abstraites se rencontrent surtout chez les psychasthéniques. Le neurasthénique vrai est plus terre à terre.

Si au lieu de partir de l'idée, on classe les obsessions en se plaçant au point de vue psychologique, on les divise en trois catégories :

1° Les *obsessions idéatives*, qui tendent à aboutir à un état de conscience ;

2° Les *obsessions impulsives*, qui tendent à aboutir à un acte ;

3° Les *obsessions aboutiques*, où, malgré l'effort du sujet, une idée ne peut se transformer en acte.

Cette division, extrêmement commode pratiquement, n'est pourtant pas à l'abri de toute critique.

Cette idée est impérative et monopolise à son profit toute l'activité mentale, en rétrécissant en quelque sorte le champ de la conscience. Ce qui lui permet de s'imposer irrésistiblement à l'attention, c'est qu'elle provoque chez le sujet, déjà prédisposé, une émotion intense. « Otez l'émotion, dit Ribot, tout disparaît ; tant qu'elle dure, l'attention dure ; c'est que l'attention dépend en effet, quant à son origine et sa durée, de certains états affectifs, de la présence de sentiments agréables ou désagréables. » (1)

Ce sont les sentiments désagréables qui dominent ici, car ces pensées impérieuses sont très souvent en contradiction absolue avec les préoccupations ou les tendances de celui qu'elles assaillent. Ce caractère de *contraste*, expliqué par une loi psychologique bien connue (2), est très net dans presque toutes les obsessions.

Les idées obsédantes ne respectent rien, et, par une sorte de raffinement cruel, elles s'attaquent tout de suite à ce que le sujet a de plus cher et de plus sacré. On pourrait même,

(1) Ribot : « Maladies de la volonté », p. 107.
(2) Fr. Paulhan : « Activité mentale », p. 315.

connaissant l'obsession de quelqu'un, déterminer son idéal moral ou religieux et réciproquement. Le sujet aspire-t-il à la pureté ? Son obsession sera grossièrement charnelle. Veut-il accomplir un acte religieux ? Un blasphème lui viendra à l'esprit. Cherche-t-il à faire une bonne action ? Il sera poursuivi par l'idée d'un crime.

L'obsession, si complexe au point de vue des images ou des idées qu'elle suscite, est *préformée*. Elle arrive toute constituée à l'esprit, sans que celui-ci puisse analyser les divers éléments primitifs ou associés qui ont présidé à sa formation ; il n'en saisit que la synthèse définitive et croit assister à une véritable génération spontanée. Plusieurs sujets nous en font clairement la remarque. « Elle naissait en moi complètement organisée, comme une Minerve sortant toute armée du cerveau de Jupiter. » — « Je percevais le papillon sans avoir vu la chrysalide. »

Naissant brusquement, sans que la volonté prenne une part quelconque à sa genèse, l'idée obsédante apparaît tout à fait *étrangère* à la conscience, qui ne peut arriver à la faire sienne. Elle est un parasite exerçant un véritable pouvoir despotique dans l'esprit où elle est implantée. Elle est tellement hétérogène au moi, qu'elle paraît être émise et imposée par une autre personnalité. « Il me semblait que quelqu'un me soufflait à l'oreille ces insanités que je n'aurais jamais été capable de penser moi-même », dit l'un. — « C'était, dit un autre, comme si un hypnotiseur m'avait suggéré une idée malgré moi et me l'avait imposée de vive force. Je résistais à son envahissement tout d'abord ; puis, peu à peu, j'arrivais à céder, en proie à une véritable fascination. »

Ce caractère de *contrainte* et d'*irrésistibilité* se rencontre toujours, en effet, dans le curieux phénomène de l'obsession.

Cependant, il ne faudrait pas se méprendre sur ce point : « cela ne veut pas dire que la volonté n'a aucune action sur

l'obsession, qu'elle est impuissante à la chasser, mais indique seulement que celle-ci s'établit de force sans que le sujet ait à intervenir dans sa production » (1).

L'obsédé, au moment le plus aigu de la lutte, sent en lui deux tendances qui se heurtent et qui se combattent ; d'un côté, son *moi* avec sa manière de penser, son orientation propre ; de l'autre, l'*idée* envahissante. « Je me fais l'effet d'être *double* ; je me sens deux pensées se combattant ; une, qui est bien la mienne, qui cherche à raisonner, une autre, qui me serait en quelque sorte imposée et que je subis toujours (2). »

Le combat entre ces deux éléments n'est pourtant pas continuel ; il a ses armistices et ses longues trèves. Si l'idée obsédante durait longtemps, elle se transformerait en idée fixe. Les attaques de l'idée obsédante sont toujours *intermittentes* ; elles se manifestent par des crises paroxystiques relativement courtes, séparées par des périodes de calme, durant lesquelles l'esprit retrouve son état normal. Ces crises peuvent se produire un nombre de fois assez variable pendant la journée, mais elles ont toujours une heure de prédilection. C'est habituellement le soir, lorsque l'attention est diminuée par la fatigue, qu'elles présentent leur maximum d'intensité.

L'idée obsédante n'est donc pas toujours identique à elle-même ; son objet, comme son intensité, varient pour chaque individu et pour chaque crise. En général, elle s'*amplifie* en s'aggravant.

Dick... est obsédé par la pensée d'un blasphème qu'il repousse aussitôt. Quelques instants après, la même pensée revient à la charge ; involontairement il l'applique à son

(1) Pitres et Régis : « Obsessions et impulsions », p. 71.
(2) Séglas, cit. in Pitres et Régis, op. cit., p. 71.

père. Il la repousse plus énergiquement encore, mais, comme la première fois, elle revient ; et maintenant il l'applique à Dieu. L'obsession ayant alors atteint son paroxysme disparaît d'elle-même. On voit qu'il y a là une sorte de progression ascendante, allant du moins grave au plus grave, qui ne dure qu'un instant, et cesse dès que l'idée a atteint son plus haut degré d'intensité et de culpabilité. La coupe se vide jusqu'à la lie.

III. — La crise obsédante

Mécanisme psychologique. — Les réactions psycho-physiologiques. — Diagnostic et pronostic

Etudions maintenant le *mécanisme de l'idée obsédante* dans quelques formes typiques d'obsessions simples, sans nous préoccuper du contenu de l'idée pathologique.

Analysons d'abord l'obsession idéative.

Elle surgit le plus souvent à la suite de luttes intérieures, de préoccupations qui fatiguent l'esprit et le prédisposent aux dissociations psychologiques. Le sujet ne s'en rend pas compte tout d'abord et n'y prend pas garde, mais insensiblement elle augmente d'intensité, s'attaquant à ce qu'il a de plus cher, de plus sacré, d'abord insidieusement, puis de front, prenant l'offensive dans une marche ascendante et rapide que, dans quelques instants, rien ne pourra arrêter. Au début, la volonté semble la tenir en respect ; mais peu à peu la puissance de l'obsession augmente et grandit et lui livre un corps à corps furieux, une lutte sans merci qui la fait sombrer dans une défaite irrémédiable. Le moi a beau regimber, faire appel à toutes ses puissances latentes, à toutes ses énergies cachées, il est vaincu par le flot de pensées

obsédantes, véritable torrent impétueux qui balaie le champ de sa conscience... et l'obsession victorieuse s'installe en souveraine maîtresse au tréfonds de lui-même, subjuguant sa personnalité. Mais si elle envahit son esprit à la manière d'un torrent dont elle aurait la rapidité, comme lui elle disparaît vite, ne laissant que des ruines.

A l'excitation produite par cette lutte violente, qui met en éréthisme l'être psychologique tout entier, succède la dépression, qui désorganise à son tour, et permettra l'irruption plus facile d'un nouvel accès.

Dès que l'attention n'est plus en éveil, dès que l'esprit ne songe à rien, la lutte recommence et l'obsession réapparaît brusquement. Cette fois, le sujet offre moins de résistance à cause de la fatigue cérébrale due à ce grand effort et à l'habitude « qui fraye les chemins et les rend plus facilement pratiquables ». Malgré ces tentatives désespérées d'inhibition, plusieurs crises paroxystiques se produisent à peu d'intervalle ; puis, capricieusement, l'obsession disparaît pour quelques heures ou quelques jours, le laissant tout honteux de sa défaite, accablé d'avoir assisté impuissant à la faillite de sa volonté. Il prend dans son for intérieur les meilleures résolutions et se promet de redoubler d'énergie à l'avenir, cherchant par avance à éviter tout ce qui pourrait provoquer la crise. Mais c'est là un cercle vicieux, une façon indirecte de penser à l'obsession. En voulant l'extirper, il la cultive.

Tous ses efforts tendent, en effet, à oublier les souvenirs obsédants ; il y arrive quelquefois en fixant fortement son attention sur ce qu'il fait ; mais cela n'est possible qu'au prix d'une très grande fatigue, et encore n'y réussit-il pas toujours complétement. A la moindre distraction, dès que son esprit n'est pas occupé, il se dit qu'il va penser à l'obsession ; sans le vouloir, il évoque ainsi le souvenir de la

terrible idée qu'il commençait à oublier et favorise son irruption. C'est ce phénomène curieux d'une image redevenant consciente parce qu'on veut l'oublier qui provoque cet émoi intérieur appelé par quelques auteurs *attente anxieuse*, et qui est une des phases les plus pénibles de l'obsession.

Disons maintenant quelques mots des *obsessions impulsives*. Ici ce n'est plus une idée abstraite qui envahit le champ de la conscience, mais une idée qui, se transformant en image motrice, tend à se réaliser dans un acte. Certains sujets, par exemple, sont obsédés par la pensée d'un mot ordurier, d'un blasphème, qui surgit tout à coup et involontairement de la subconscience, sans qu'il paraisse associé à un sentiment, à un souvenir quelconque. Ce mot, auquel ils ont pensé sans le vouloir, ils éprouvent le besoin impérieux de le prononcer. Ils lui résistent, mais le mot est toujours là qui les presse, qui les harcèle, comme si quelqu'un le leur soufflait continuellement à l'oreille. Ils s'efforcent de parler de choses et d'autres pour distraire leur attention. Mais chaque fois qu'ils ouvrent la bouche pour prononcer une phrase quelconque, il semble que leurs lèvres se mettent en position pour l'articuler, que leur poitrine le crie à pleine voix !

On dirait que leur organisme est de connivence avec leurs obsessions. S'ils ne se surveillent pas, il pourra leur arriver de laisser échapper involontairement une ou deux syllabes du mot malheureux, ce qui leur procurera un soulagement partiel, mais les remplira de confusion et de tristesse, et ajoutera une nouvelle anxiété à leur état d'âme déjà si pénible. Débarrassés pour le moment de leur adversaire, ils savent que cette défaillance, si petite soit-elle, favorisera son retour offensif.

Les actes qu'ils se sentent poussés à accomplir involontairement peuvent être plus complexes encore que celui que nous venons de décrire. Telles sont, par exemple, les impul-

sions à acheter toutes sortes d'objets (oniomanie), les impulsions à boire (dipsomanie), les impulsions à voler (kleptomanie), les impulsions sexuelles (érotomanie), etc.

Etudions enfin la troisième forme sous laquelle peut se présenter la crise obsédante : *L'obsession inhibitoire ou aboulique.*

« Les malades qui en sont atteints voient leur pouvoir volontaire s'anéantir tout à coup au moment même où il est nécessaire de prendre une détermination. Au moment de signer un acte, de terminer un compte, de sortir pour faire des courses, ou dans toute autre circonstance, grave ou anodine, le malade se trouve subitement figé, l'acte voulu ne s'effectue pas ; s'il est commencé il ne s'achève pas. La conscience est dans toute sa lucidité ; aucune raison plausible ne peut apparemment expliquer le phénomène ; il semble qu'une main invisible retienne le malade, tant la lutte entre le pouvoir et le vouloir est intense. L'arrêt est si brutal qu'il rappelle ces inhibitions subites que l'on produit dans la phase somnambulique de l'hystérie par la pression sur une zone d'hypéresthésie. En attendant, le malade surpris, décontenancé, fait de suprêmes efforts pour vaincre la résistance inconnue ; c'est en vain, il est le plus faible dans la lutte. » (1)

Bien que cela paraisse contradictoire, l'obsession aboulique est de même nature que l'obsession impulsive et l'on peut se demander jusqu'à quel point il est légitime dans une étude de psycho-physiologie d'opposer les impulsions et les inhibitions. C'est ce que fait remarquer M. Lapie quand il écrit : « Cette distinction des impulsions et des inhibitions, des volitions et des nolitions est-elle essentielle ? Toute inhibition n'est-elle pas impulsion ? Inhiber un réflexe, c'est provoquer des mouvements antagonistes. La volonté ne tend

(1) Magnan et Legrain : « Les dégénérés », p. 145.

jamais au repos ; elle ne conserve pas, elle restaure : elle n'arrête un mouvement qu'en le combattant. » (1)

Les grandes modalités du phénomène pathologique que nous nous proposons d'étudier peuvent donc se ramener, en dernière analyse, à deux formes principales : obsession idéative et obsession impulsive. Pendant longtemps on a eu la tendance de les séparer et de les décrire comme des entités différentes. En réalité l'obsession et l'impulsion sont bien les deux aspects, les deux manifestations d'un même état morbide. Leur origine et leur processus sont identiques ; elles ne varient que dans leur résultat. L'obsession aboutit à un état de conscience, l'impulsion à un acte. Toutes deux semblent se produire automatiquement, comme un véritable réflexe psychique sur lequel la volonté a peu d'influence, ce qui leur donne un caractère contraignant. Toutes deux sont conscientes ; celui qui les éprouve se rend très nettement compte que la crise est anormale, il l'analyse, la prévoit dans une certaine mesure et déploie toutes les ressources de son intelligence, toute son énergie morale pour en triompher ; il y réussit quelquefois, car elles laissent intactes les facultés de l'esprit, mémoire, association des idées, jugement, etc. C'est une crise passagère, caractérisée par l'irruption d'une idée dans le champ de la conscience, qui « tétanise » momentanément l'attention. La personnalité se ressaisit bientôt, l'équilibre ne tarde pas à se rétablir entre les divers éléments de l'esprit, et tout rentre dans l'ordre.

Enfin, et c'est là leur dernière similitude, elles demandent pour se développer un état spécial du sujet, une émotivité exagérée qui permet les manifestations paroxystiques que nous venons de décrire et qui ont, comme nous allons le voir, leur contre-coup dans l'organisme, puisque ces luttes sont

(1) Lapie : « Logique de la volonté », p. 265.

toujours accompagnées de sensations physiques pénibles ou douloureuses. C'est à ces luttes qu'il faut faire remonter l'origine de ces troubles vaso-moteurs particuliers, tels que : rougeurs de la face, sueurs froides, etc.

*
* *

Comme vient de le montrer l'esquisse psychologique que nous avons essayé de tracer, l'obsession est une crise complexe dans laquelle entrent en conflit des idées, des sentiments, des émotions d'ordre très divers et auxquels viennent s'adjoindre des troubles organiques multiples. Cette lutte, que l'on a trop l'habitude de décrire en bloc, se compose en réalité de *phases* diverses dont les malades se rendent très nettement compte. Il nous a paru intéressant et utile d'essayer de préciser ces étapes de la lutte en nous servant d'analyses psychologiques faites par les sujets eux-mêmes, et des éléments fournis par les réactions somatiques, que les procédés de laboratoire nous donnent avec assez de précision (1).

L'idée obsédante naissant brusquement, il semblerait logique de faire commencer la crise au moment où elle devient consciente ; mais il est intéressant de connaître l'état psycho-physique qui précède la crise, pour démêler les éléments qui favorisent son éclosion. Chez les hystériques, nous verrons que c'est presque toujours une légère émotion, rappelant de près ou de loin l'émotion provocatrice de la première obsession, qui ouvre la scène. Ici, rien de semblable. Un de nos malades, Nathaniel, eut ses premières obsessions pendant qu'il était absorbé par la solution d'un problème d'algèbre. D'autres fois, elle apparaît à la suite

(1) Nous tenons à remercier tout spécialement MM. les Professeurs Leenhardt (de Montauban) et Rémond (de Metz) pour la façon aimable avec laquelle ils ont mis leur laboratoire à notre disposition.

d'une pensée quelconque avec laquelle elle semble n'avoir aucun rapport. Un étudiant préparant un travail de philosophie trouve un argument qui le séduit. Au moment où il veut le formuler, il hésite un instant, et, tout à coup, est obsédé par l'idée de mettre en pièces la photographie de sa mère placée sur sa table de travail. Il aime pourtant sa mère et rien dans la journée, aucune contrariété, aucune discussion avec elle ne permet d'expliquer cet acte.

Les distractions extérieures même ne parviennent pas toujours à préserver de l'idée obsédante. Nous avons connu un jeune avocat qui avait des obsessions tout à fait étrangères au sujet qu'il traitait, et qui se produisaient au milieu d'un développement oratoire. Chez d'autres, elles apparaissent pendant une conversation ou au cours d'exercices sportifs compliqués.

Cependant, d'après l'enquête que nous avons faite, presque tous les malades ont été d'accord pour dire que quelques instants avant que l'idée devienne consciente, ils éprouvaient pendant un temps très court une impression de malaise qu'ils ne savaient à quoi attribuer s'ils n'avaient encore jamais eu d'obsession, mais dont ils prévoyaient les conséquences s'ils avaient eu déjà plusieurs crises obsédantes. « J'aurais pu dire exactement quelques secondes avant de l'avoir que mon obsession allait venir ». — « Je la sentais confusément venir, j'éprouvais comme si des poussées mystérieuses voulaient enfoncer mon être intérieur, et si à ce moment je ne détournais pas rapidement mon attention, j'étais perdu. L'idée surgissait nettement consciente sans que rien puisse l'arrêter ».

Puisque nous ne connaissons à peu près rien sur l'état de l'idéation avant la production de l'idée obsédante, nous ferons commencer la crise à cette période de malaise que

tous les malades, sachant s'analyser, distinguent fort bien. Nous l'appellerons : la période *prodromique* ou de *malaise vague*, véritable *aura* de l'obsession, qui dure un temps relativement court et fait rarement défaut. Quand cette période existe, le sujet a l'impression qu'un fait anormal va se produire. Il a comme un fâcheux pressentiment, une appréhension indéfinissable, et effectivement l'idée obsédante apparaît bientôt.

Chez d'autres, cette période se manifeste par un arrêt brusque de l'idéation en cours, suivi d'une sorte de calme cérébral absolu, à la suite duquel l'idée obsédante se produit. « Je fais un raisonnement, dit L..., au beau milieu je suis arrêté brusquement et avant que j'ai eu le temps de m'en expliquer la raison, une nouvelle idée étrangère et inattendue me vient à l'esprit et me harcèle ». Donc, entre l'idéation en cours et l'idée obsédante, il y a presque toujours un temps d'arrêt perceptible par le sujet. Temps d'arrêt durant lequel peuvent se produire des sentiments d'ordre divers (étonnement, appréhension, crainte, etc.), et qui d'autres fois est tellement fugace, que le sujet peut à peine le percevoir.

2° Immédiatement après ce temps d'arrêt, l'idée obsédante devient consciente. Apparaissant à l'esprit « comme une fusée », elle se précise avec une netteté effrayante. Le sujet saisit tout à coup ce qu'elle a d'irrationnel et de grave et en mesure toutes les conséquences. Il sent sa poussée irrésistible. Une angoisse profonde l'étreint alors ; sa gorge se serre, il est oppressé comme quelqu'un « qui saute d'une grande hauteur dans le vide » ou qu'on « balance avec force ». Il se sent devenir « chair de poule », a « froid dans le dos ». Et de fait, il se produit des phénomènes de vaso-constriction très analogues à ceux produits par la peur ou par une exposition au froid.

Analysons ces diverses impressions que nous signalent ces malades et étudions les par ordre de fréquence.

Le phénomène le plus commun qui attire leur attention est l'angoisse précordiale. Nous l'avons trouvée, plus ou moins accentuée, chez *tous* les malades que nous avons examinés. C'est une sensation de constriction pénible qui les étreint, un saisissement angoissant difficile à définir. Il coïncide toujours avec des phénomènes douloureux du côté de la poitrine ou du cœur. « Je me sentais la poitrine immobilisée par une force mystérieuse. » — « Mon cœur me semblait froid et comme pétrifié, j'étais comme pénétré d'effluves glaciales qui me rendaient haletant », ou bien : « Il me semblait que mon cœur était arrêté dans ma poitrine silencieuse. » On voit d'après ces expressions, qu'ils localisent au cœur une partie de leurs impressions pénibles qui coïncident avec leur émoi intérieur, car ils distinguent bien les deux choses.

Il ne nous a jamais été possible de mesurer exactement la tension sanguine pendant la crise, mais entre les crises ces malades présentaient plutôt de l'hypotension.

Les troubles respiratoires sont très prononcés ; les sujets s'en rendent très bien compte et les signalent eux-mêmes. Il est du reste facile de les constater, si on assiste à une crise obsédante, soit en comptant le nombre d'inspirations et étudiant superficiellement le rythme respiratoire, soit d'une manière plus exacte en en prenant le tracé avec le pneumographe. Le rythme respiratoire est ralenti au début chez Nathaniel, sur lequel nous avons pu prendre des graphiques typiques. Le commencement de l'angoisse coïncidant avec le début de l'idée obsédante est toujours marqué par une inspiration brusque et longue suivie d'une expiration très prolongée, ressemblant beaucoup à un soupir. Puis elle devient rapide et saccadée pendant son rythme normal. Elle passe de 18 à 35 ou 40.

Pendant la crise obsédante, le rythme respiratoire passe donc par deux phases successives que nous avons presque

toujours retrouvées. L'une, la première, pendant laquelle la respiration se ait ralentie, irrégulière, est toujours de courte durée (phase d'attente anxieuse); l'autre, lui faisant suite, pendant laquelle la respiration est rapide, brève, haletante, mais a une durée beaucoup plus longue que la précédente (phase angoissante polypnéique). Ces phases sont indiquées très nettement dans notre planche II, ou les figures 3, 4, 5, 6, représentent les courbes des mouvements respiratoires inscrites pendant la crise, le petit trait vertical marque le moment de l'apparition de l'idée obsédante. Elles doivent être lues de gauche à droite dans le sens indiqué par la flèche.

Les figures 7, 8, 9, représentent divers types de respiration polypnéique.

Pendant cette angoisse il éprouve diverses sensations viscérales : sa gorge est sèche « comme s'il n'avait pas de salive », il ressent une excitation génitale légère, très brève, alors même qu'il ne s'agit pas d'obsession sensuelle. Pendant toute cette *période d'angoisse* il demeure immobile, tout entier à son émotion qui le paralyse psychiquement.

3° Cette angoisse réactionnelle, développée par l'évocation persistante de l'idée obsédante est tellement énergique, que l'idée primitive qui l'a provoquée perd, en quelque sorte, aux yeux du sujet, de son acuité première. Par un effort sur lui-même, il se ressaisit. Il fait appel à sa volonté et à sa logique. Il discute avec l'idée qui semble ne pas résister à son raisonnement et perdre de l'importance. Son angoisse s'atténue et semble disparaître en même temps que l'idée qui lui avait donné naissance. C'est la *période de lutte concentrée*.

4° A peine commence-t-il à reprendre haleine, se croyant délivré de cette vision d'épouvante, qu'aussitôt l'idée réapparaît plus intense que jamais et dépasse en audace tout ce que le sujet aurait pu imaginer. Il a beau faire appel à

toutes ses forces psychiques de résistance, l'idée obsédante poursuit son développement et rien ne peut l'inhiber.

L'effort mental étant radicalement impuissant, le sujet en appelle d'instinct à l'organisme tout entier.

Il fait des efforts musculaires violents : serre les poings, contracte les biceps, tend les jarrets, raidissant son être physique comme il voudrait raidir son être mental. S'il est seul il va et vient, marche fiévreusement ou se débat en gesticulant comme s'il avait à combattre un ennemi invisible. Il emploie tous les moyens qui peuvent le distraire et le faire sortir de lui-même. Il parle à haute voix, siffle, chante et arrive parfois à se frapper violemment la tête « pour que la douleur éteigne la pensée ».

Il va sans dire que s'il est en public, cette scène changera de caractère, et il faudra être observateur très exercé pour savoir qu'il lutte. Il se contentera de cligner les paupières, de serrer légèrement les poings, de contracter ses masséters (c'est là un signe que nous avons rencontré chez presque tous les malades), de froncer les sourcils ou d'ouvrir démesurément les yeux, de faire de petits mouvements spasmodiques du pied ou de la main, des soubresauts du tronc ou des épaules, etc., etc., mouvements qui pourront être plus tard l'origine de tics.

La face du sujet devient rouge. La température des tempes et du front, prise au thermomètre à cuvette plate hélicoïde, augmente rapidement de plusieurs dixièmes de degré. Les conjonctives s'injectent.

Il a des sueurs abondantes qui perlent sur le front ; de la sialorrhée.

Le rythme respiratoire s'accélère : de 18 à 20 il passe à 35 et 40.

Les battements cardiaques sont plus rapides, ils passent de 70 à 95 et même 105. Il y a une légère arythmie.

Il a des envies fréquentes d'uriner et souvent perd inconsciemment quelques gouttes d'urine.

C'est la période de *lutte violente*.

5° Quand l'idée a atteint son maximum d'intensité, elle disparaît d'elle-même aussi subitement qu'elle était venue, sans lutte, sans que la volonté joue un rôle dans sa disparition. C'est là un sujet de constant étonnement pour les malades, qui ne s'expliquent pas que cette idée, après avoir résisté victorieusement à tous leurs efforts, puisse s'évanouir aussi facilement. « J'étais exaspéré de penser, dit Nathaniel, que cette idée obsédante contre laquelle j'avais combattu avec tant d'énergie disparaissait d'elle-même. On eût dit un feu follet insaisissable qui s'éteint brusquement après avoir épuisé de fatigue ceux qui veulent le poursuivre. »

C'est ce que nous avons appelé la période de *chute rapide*.

6° L'idée obsédante disparaissant et avec elle l'émotion pathologique, l'organisme tout entier éprouve une impression de soulagement et de bien être. Cette impression est à la fois morale (le sujet étant tout heureux de se sentir débarrassé de ses pensées pénibles) et physique. Le relâchement musculaire fait suite à la tension anormale provoquée par la crise, en même temps que le calme cérébral succède à l'excitation produite par la lutte. Ce changement de manière d'être amène une sensation agréable très analogue, d'après un de nos malades, à celle qu'on éprouve « lorsque fatigué par une longue course et par la chaleur on se plonge dans un bain ».

C'est la période de *détente consécutive*.

7° Cette période dure peu, elle est bientôt suivie d'une grande fatigue et d'un besoin impérieux de repos. Ayant fourni une énorme dépense d'énergie nerveuse, le sujet se sent épuisé et demeure pendant quelques instants dans l'incapacité de reprendre son travail. Après une crise obsédante intense, le malade s'assied presque toujours, laissant ses

membres dans la position de relâchement. Il cherche à dormir ou tout au moins à se reposer un peu. S'il veut réagir contre ce besoin naturel et travailler quand même, sa fatigue nerveuse se traduit par la difficulté qu'il a de fixer son attention et de penser. S'il cherche à apprendre, il lit machinalement mais ne retient rien de ce qu'il lit. S'il cause, il aura de la difficulté à s'exprimer correctement ; il cherchera ses mots « qui sont lents à venir », il bredouillera un peu. C'est ce que les obsédés appelent « l'état de vide cérébral. »

Pendant toute cette période de fatigue, les obsessions ne réapparaissent jamais. Le sujet peut penser à l'idée qui l'a troublé si longtemps sans avoir à craindre qu'elle redevienne obsédante. Mais le plus souvent il préfère l'oublier et goûter en paix le repos dont son organisme a besoin.

C'est la période de *fatigue terminale.*

La durée du repos réparateur de ses forces physiques est très variable. Elle peut aller de quelques minutes à quelques heures et dépend en grande partie de la longueur et de l'intensité de la crise obsédante. Si ce repos est suffisant, le sujet se retrouve tout à fait dans son état normal. De nouvelles obsessions pourront alors se produire, dont l'intensité paraîtra d'autant plus grande que la force de résistance du malade est diminuée. Toutes les périodes que nous avons décrites en détail se reproduiront, mais leur durée sera bien moindre. Les phénomènes réactionnels seront aussi beaucoup moins intenses, la fatigue rendant le sujet passif.

Pour rendre la compréhension de cette crise plus nette et pour permettre aussi la comparaison avec celles qui se produisent dans les autres psychonévroses, nous avons essayé de combiner et de concrétiser dans un graphique* les *données psychologiques* fournies par le malade et les *données physiologiques* fournies par l'expérience.

En portant sur l'axe A Y des hauteurs représentant les intensités des phénomènes psychologiques évaluées approximativement par le sujet, et sur l'axe A X des longueurs représentant les durées évaluées en secondes, par exemple, on obtient une courbe irrégulière, variable pour chaque sujet et pour chaque crise. Mais en comparant entre elles un certain nombre de ces courbes, on s'aperçoit qu'elles ont les mêmes caractères généraux et qu'elles représentent bien un type commun. C'est la *courbe schématique de l'obsession* (Voir notre planche I, fig. 1.)

Analysons-la brièvement :

1° La ligne O A représente la naissance et l'évolution consciente d'une idée quelconque précédant l'obsession. L'idée obsédante peut lui faire suite sans transition, mais le plus souvent, entre les deux idées, se produit un temps d'arrêt (représenté par le crochet A B C de la courbe).

C'est la période *prodromique de malaise vague*, véritable aura de l'obsession.

2° En C D, l'idée obsédante se précise nettement. Le sujet saisit tout à coup ce qu'elle a d'irrationnel et de grave. Se sentant impuissant à lutter contre sa poussée irrésistible, il est envahi par une sensation d'angoisse physique et d'anxiété morale.

C'est la période d'*angoisse*.

3° En D E, le sujet réagit, fait appel à sa volonté et à sa logique. Il discute l'idée qui diminue d'intensité et semble sur le point de disparaître.

C'est la période de *lutte concentrée*.

4° En E H, l'idée obsédante devient plus intense que jamais. Pour l'inhiber, le sujet rassemble toutes ses forces de résistance, il met en œuvre son organisme physique comme son organisme mental. Malgré ses efforts extraordinaires, il arrive à peine à provoquer des arrêts momentanés

et de durée très courte. (Ces arrêts sont indiqués sur la courbe par les points F et G). L'idée obsédante se développe quand même dans toute son ampleur.

C'est la période de *lutte violente*.

5° En H I, l'idée obsédante disparaît d'elle même aussi subitement qu'elle était venue et sans que la volonté paraisse être pour quelque chose dans sa disparition.

C'est la période de *chute rapide*.

6° L'idée obsédante disparue, le malade éprouve un instant de bien-être physique et moral.

C'est la période de *détente consécutive*.

7° Le sujet épuisé par la lutte, ressent une lassitude générale qui le pousse instinctivement à chercher le repos, qui lui permettra de refaire ses forces.

C'est la période de *fatigue terminale*.

Dès qu'il s'est reposé, qu'il est revenu à l'état normal, il peut avoir de nouvelles obsessions.

La courbe L M N P schématise une seconde crise, survenue peu de temps après la première. Comme on le voit par la hauteur de la courbe, l'intensité de la deuxième crise paraît plus grande, mais la durée de la lutte est beaucoup moindre que celle de la première. Elle présente les mêmes phases que la première, mais elles sont raccourcies. Cela se comprend aisément, la résistance du sujet étant considérablement diminuée par la fatigue et aussi par l'habitude qui fraye les chemins.

*
* *

Les obsessions surviennent à différents moments de l'évolution de la neurasthénie.

Dans la neurasthénie vraie, d'origine toxique, infectieuse ou provoquée par un violent choc moral, les obsessions appa-

raissent peu de temps après les symptômes physiques de la maladie. Leur début est brusque, dramatique. Elles atteignent tout de suite leur maximum d'intensité. Elles durent peu et disparaissent dès que la cause primitive de la neurasthénie n'exerce plus son action nocive.

Ce sont les *obsessions aiguës*. Leur pronostic est très favorable, car non seulement elles sont de courte durée, mais elles récidivent peu et leur guérison est en général définitive.

D'autres fois elles apparaissent quand les stigmates neurasthéniques douloureux ont disparu, ou à la fin des neurasthénies longues et mal soignées. Leur début est alors plus insidieux. Le malade a d'abord quelques idées anormales qu'il ne parvient à chasser qu'avec peine. Il n'y attache pas d'importance au début, mais peu à peu elles deviennent plus tenaces, plus alarmantes. Il a de véritables crises avec paroxysmes angoissants. Ces crises deviennent plus longues et finissent par atteindre un maximum de fréquence et d'intensité. Petit à petit elles diminuent de nombre ; mais elles ne disparaissent qu'au bout d'un temps très long. C'est la forme *d'obsessions chroniques à maximum*.

Elles ont toujours une durée fort longue et persistent longtemps après la guérison physique du malade. Souvent même elles laissent après elles des tics mentaux. Ces obsessions se rapprochent énormément de celles que nous aurons à étudier chez les psychasthéniques, et l'on ne peut les distinguer de ces dernières qu'en tenant compte des stigmates physiques et mentaux de ces malades, ainsi que de leurs antécédents héréditaires.

En général, les *obsessions neurasthéniques sont curables*. La durée de la guérison est très variable et dépend d'un certain nombre de facteurs que nous ne pouvons que signaler brièvement. Elles sont d'autant moins graves, que les symptômes physiques de la neurasthénie sont plus accusés, que

l'hérédité du sujet est moins chargée, que leur début est plus brusque, que les réactions physiologiques sont plus intenses.

Elles seront graves au contraire, si leur début est insidieux et surtout si l'élément intellectuel tend à prédominer sur l'élément émotionnel. Il faut se méfier des obsessions sans angoisse et craindre pour l'avenir des malades qui n'éprouvent plus le besoin de lutter contre l'idée envahissante.

Dans la neurasthénie de cause accidentelle, la guérison des obsessions est définitive lorsquelle se produit assez tôt, et le malade n'a pas à craindre des retours offensifs de ses idées pathologiques. Dans d'autres cas les obsessions peuvent donner lieu à de véritables rechutes. A plusieurs années d'intervalle, sous l'influence de causes identiques à celles qui ont provoqué la première crise, les mêmes obsessions ou des obsessions très différentes peuvent apparaître.

Il peut même arriver qu'avant de guérir, le malade assiste à une véritable transformation de ses idées obsédantes. Des obsessions idéatives se transforment en phobies, qui finissent par disparaître à leur tour.

Disons, en terminant, quelques mots des principales variétés d'obsessions. Nous avons vu que si on se place au point de vue de l'évolution générale du syndrome, on peut distinguer des obsessions à *forme aiguë* et à *forme chronique*. Si on prend l'étude de la crise obsédante comme base d'une classification, on pourra distinguer trois formes principales :

1° Les obsessions caractérisées par une seule crise de grande intensité, se reproduisant à des époques plus ou moins espacées et laissant dans l'intervalle l'esprit en repos. Ce sont les *obsessions à crise solitaire*.

2° Les obsessions caractérisées par une crise importante, suivie à peu d'intervalle de plusieurs petites crises secondaires, dont la durée va en décroissant. Les séries de crises sont

séparées par un temps beaucoup plus long que celui qui sépare les petites crises entre elles, de telle sorte qu'ils constituent pour l'esprit une vraie trêve. Ce sont les *obsessions en salve* ou *en série* dont le type est très fréquent.

3° Enfin, les obsessions caractérisées par des crises courtes à paroxysmes très atténués et sans grandes réactions psycho-physiologiques, mais se reproduisant un grand nombre de fois ; c'est ce que quelques auteurs ont appelé : les *obsessions à forme continue* (1). Ce qualificatif nous paraît impropre, car il peut amener à confondre avec les obsessions vraies, des formes atténuées de l'idée fixe ou de la folie du doute.

Ce qui caractérise essentiellement les obsessions, c'est qu'elles se présentent toujours comme des crises paroxystiques. Ces paroxysmes peuvent être très rapprochés et très fréquents, ils ne peuvent jamais être continus. Il faut donc, si on conserve le mot, en préciser le sens.

Observation I

Nathaniel, 25 ans. Hérédité arthritique, père rhumatisant, mère ayant eu des crises hépathiques (lithiase biliaire), grands parents du côté maternel obèses. Développement physique et psychique normal, aucun stigmate de dégénérescence, aucune maladie infectieuse dans l'enfance et dans la jeunesse. Bonne santé habituelle, il a seulement de fréquentes poussées d'amygdalite aiguë.

Après de longues études au lycée, il se met à préparer une école d'ingénieurs. Pour être à même de se présenter au concours, il est obligé de fournir une grande somme de travail. S'imposant un

(1) Roubinovitch, « Congrès des aliénistes de la Rochelle, 1893 ».

minimum de repos, il passe une partie de ses nuits à dessiner debout, pour mieux vaincre le sommeil et fait une consommation exagérée de café et de thé. Au bout de quelques mois de ce surmenage intensif, il se sent très fatigué. A ce moment il a une angine (?), et quelques jours après il éprouve des douleurs sourdes dans la région lombo-sacrée; les épaules et le dos lui font très mal. Il a des faiblesses dans les membres inférieurs, de légers tremblements dans les membres supérieurs. Sa tête est lourde et il est obligé d'interrompre souvent son travail sous peine d'en souffrir beaucoup. Il a des pollutions nocturnes fréquentes. Ses digestions s'effectuent péniblement, « il a l'estomac lourd »; du reste, sa langue est blanche et son haleine fétide, ce qui indique un mauvais état de fonctions digestives.

Peu de temps après la manifestation de ces symptômes physiques douloureux, apparaissent *des obsessions*.

Un soir, pendant qu'il était absorbé par la solution d'un problème d'algèbre, la pensée d'une obscénité lui vint à l'esprit. Très étonné par l'apparition de cette pensée bizarre qui contrastait si étrangement avec ses préoccupations actuelles, il la repousse et reprend son travail avec plus d'attention. Quelques instants après, la pensée réapparait plus persistante que la première fois; il l'a chasse encore, mais elle ne tarde pas à se produire de nouveau. Il réagit énergiquement, et s'énerve à tel point qu'il lui devient impossible de continuer son travail. Il ferme son livre de dépit, ennuyé d'avoir perdu sa soirée, et faisant la réflexion que son père serait peiné d'apprendre qu'il perdait son temps « pour de pareilles absurdités ». Immédiatement la pensée de son père et celle de l'obscénité s'associent dans son esprit, et il voit son père exécuter celle-ci : « Je ne sais comment j'arrivais à concevoir une chose aussi monstrueuse. La pensée que j'avais pu mêler l'image de mon cher père à ces vilenies me mit hors de moi ! » Cette idée dura peu et après de courtes luttes il put reprendre son état normal.

Le lendemain, le souvenir de sa lutte lui est pénible ; et sans qu'il ose se l'avouer bien clairement, il craint de voir se reproduire ses pensées troublantes. C'est qu'il « ne se sent pas dans son état normal ». « Je sentais mon esprit calme, mais de ce calme troublant qui précède les orages. » Effectivement, à la même heure, et dans les mêmes circonstances que la veille, ce qu'il appelait « ses pensées bizarres », se reproduisirent. Ce furent, en réalité, de véritables

obsessions dont les crises se multiplièrent et arrivèrent à se répéter plus de 30 fois dans la même journée. Laissons-les décrire par le malade lui-même.

« Au moment le plus inattendu, parfois même au beau milieu du développement d'une équation algébrique, une idée, d'une obscénité grotesque ou monstrueuse, traverse mon esprit. Je n'ai jamais pu comprendre le mécanisme de sa formation. Quelquefois pourtant je sens qu'elle va se produire, grâce au sentiment de malaise pénible qui m'envahit. Il m'est très difficile de le décrire car il a une durée si courte que je ne puis l'analyser ; à peine ai-je le temps de le percevoir que l'obsession est là; mais lorsque ce sentiment existe je ne me trompe jamais sur sa signification.

» L'idée obsédante me troublerait peu si, inconsciemment, je n'arrivais pas à en faire une application immédiate à l'un des miens. Aussi, dès que je la sens surgir de l'inconscient, je suis étreint par une angoisse pénible, on dirait que mon cœur va cesser de battre. J'essaie de l'arrêter dans son développement, et tout d'abord j'ai assez de succès ; je raisonne, discute et l'idée paraît ne pas résister à mon argumentation. Elle semble disparaître en même temps que mon angoisse diminue ; mais au moment où je crois en triompher je subis sa poussée irrésistible. Je prévois qu'elle va s'associer à la pensée de l'un des miens, de mon père ou de ma mère, peut-être aux deux. Je fais alors des efforts surhumains pour l'enrayer. Ma volonté devenant impuissante, je rassemble toute mon énergie physique comme si elle pouvait contribuer à fortifier ma puissance morale ; c'est en vain. J'exécute alors des mouvements de lutte inconscients, me débattant comme si j'avais réellement à faire à un adversaire invisible et concret. Mon front ruisselle de sueur, mes tempes battent, mes oreilles bourdonnent. Mais l'idée l'emporte, et malgré tout je suis vaincu. A peine ai-je conscience de ma défaite que l'idée disparaît brusquement. J'éprouve sur le coup une satisfaction intense et pousse un soupir de soulagement. Mais ma satisfaction est de courte durée, car je suis attristé au fond par cet état de choses que je ne puis modifier à mon gré ; et chaque lutte me laisse abattu au moral et littéralement épuisé au physique. Aussi, après chaque longue crise, j'ai pris l'habitude de me jeter dans un fauteuil, cherchant à réparer mes forces par quelques instants de repos et même de sommeil. Je ne suis réellement moi-même que lorsque j'ai pu me reposer un peu. Ces quelques instants de délasse-

nent, après ces combats intérieurs, sont d'autant plus agréables pour moi que ce sont les seuls moments où je suis en sûreté contre les retours de l'idée obsédante.

Dès que le calme est revenu dans mon esprit et que je reprend mon activité habituelle, l'obsession peut encore se produire, la lutte dure moins cette fois, car je suis aussi moins en état de lui résister. Elle se répétera ainsi plusieurs fois après un court répit ».

Pendant plus de deux mois, il a eu chaque jour un nombre d'obsessions relativement considérable. Chacune d'entre elles formant une série de 5 à 6 petites crises, allant en s'atténuant. Entre chaque crise il conserve une légère anxiété, se demandant toujours si l'obsession ne va pas recommencer. On comprend quelles causes d'épuisement et de dépression doivent être pour l'organisme ces luttes qui mettent en éréthisme le système nerveux tout entier. Il perd le sommeil et l'appétit, son caractère change complètement, il devient irrascible, irritable. Pendant longtemps il peut cacher ses crises à ses parents qui ne savent à quoi attribuer son état d'énervement. Comme les crises durent peu, il continue à travailler. Si elles surviennent au milieu de sa tâche, il s'arrête quelques instants et la reprend « dès que la rafale est apaisée ». Il imagine mille moyens de défense, tous plus ingénieux les uns que les autres, et enfin, ne sachant plus comment s'en débarrasser, il demande à être hypnotisé, bien que cette méthode lui répugne fort, car il voudrait triompher par sa propre volonté. Il finit même par songer au suicide. « Si je n'avais pas eu des principes, je me serais suicidé, tant cette lutte sans issue me paraissait insupportable ».

Son médecin lui conseille un séjour à la campagne, une cure hydrothérapique et un repos absolu. Il va à Salies-de-Béarn (bien que cette station balnéaire nous paraisse plutôt contre-indiquée pour son état). La vie en plein air, le calme cérébral dans un milieu où il fut moralement très entouré, agirent efficacement. Les symptômes douloureux s'amendèrent, il se fortifia et après un long congé il fut à peu près remis de sa neurasthénie. Les obsessions mirent plus de temps à disparaître. Cependant les crises diminuèrent de fréquence, leurs paroxysmes devinrent moins pénibles et les idées obsédantes se modifièrent et se transformèrent. Entre les obsessions, il n'éprouva plus ce sentiment de crainte, angoissant et douloureux, connu sous le nom d'attente anxieuse, qui le faisait constamment se demander si l'obsession n'allait pas revenir. Dès que son émotivité pathologique

fut un peu calmée, il finit par ne plus s'occuper outre mesure de ses crises : « J'évitais d'y songer et les traitais par le mépris ».

Il vint à la clinique de M. le professeur Rémond, et, comme il était fort intelligent, il étudia son cas avec beaucoup de soins et essaya de faire sur lui-même de l'auto-psychothérapie.

C'est grâce aux analyses très précises de ses états psychologiques, que nous avons pu étudier avec quelques détails les diverses phases de la crise obsédante dont nous avons pu confirmer l'exactitude par une petite enquête auprès d'autres malades.

Tout en se soignant, il se remit peu à peu au travail. Les crises obsédantes s'espacèrent de plus en plus et au bout de 7 à 8 mois disparurent complètement. « Ma guérison fut tellement insensible que je n'aurais pas pu dire à quel moment exact j'avais été guéri. » Il conserva quelques temps après sa guérison la crainte que ses obsessions réapparaîtraient, mais il n'en fut rien.

Il a continué à travailler beaucoup et occupe aujourd'hui une situation qui nécessite un grand effort intellectuel. Il n'a pas eu de rechute.

Il m'a paru intéressant de savoir si pendant la crise obsédante les *perceptions* n'étaient pas modifiées. Malheureusement l'expérimentation n'est pas facile, car les obsessions ne sont pas sous la dépendance de la volonté du sujet qui ne peut pas plus les provoquer qu'il ne peut les faire disparaître. On peut quelquefois produire la crise en employant des moyens détournés. Chez les hystériques, il suffit de provoquer une émotion légère qui rappelle de loin l'émotion première qui a été la cause des obsessions. Presque tous ces malades ont en outre ce que nous appelons des « *idées obsessiogènes* ». Il suffit qu'ils évoquent certains souvenirs ou certains objets pour faire naître immédiatement leurs obsessions. Chez les neurasthéniques, ces moyens ne réussissent pas. Lorsqu'on veut favoriser chez eux le développement de la crise, il suffit de faire assoir le sujet dans une salle éloignée de tout bruit et de lui demander de garder pendant un certain temps l'immobilité et le silence le plus absolu, en lui recommandant de s'efforcer à ne penser à rien. Très souvent, pendant cette absence de distractions extérieures, les obsessions se produisent. Malheureusement l'expérience ne réussit pas toujours et, même lorsqu'elle réussit, il n'est pas facile d'étudier le phénomène car la

moindre intervention, par la distraction qu'elle provoque, fait disparaître ou modifie la crise. Les expériences qui ont le plus de chance de succès sont celles où l'on demande peu d'efforts intelligents de la part du sujet et où l'intervention de l'expérimentateur est réduite au minimum.

Nos expériences ont porté sur l'odorat, la sensibilité cutanée, le champ visuel, le champ auditif, etc.

Pour l'*odorat*, j'ai usé du procédé de M. Passy, légèrement modifié. J'ai commencé à déterminer par tâtonnements, le minimum d'acuité sensible normale de l'odorat, à l'aide de flacons contenant des dilutions plus ou moins étendues de substances odorantes (éther ou essence d'aspic). Je débouchais à une distance connue (3 mètres) du sujet, celui-ci me tournant le dos. Ce chiffre obtenu, je notais le degré de la dilution et le temps qui s'écoulait à partir du moment où je débouchais la bouteille et celui où l'odeur était perçue par lui. L'acuité sensible était à peu près la même avant et pendant la crise, mais le temps mis à percevoir le parfum était plus long pendant la crise.

Pour la *sensibilité cutanée*, les moyennes des diverses mensurations prises avec le compas de Weber avant la crise nous ont donné les chiffres suivants : face dorsale de la main (2,4), face palmaire (1,2), cou (2,5), front (0,7), lèvres (0,2), pulpe du médius (0,2), etc. Pendant la crise il semble que quelques-uns de ces chiffres sont augmentés : face dorsale de la main (2,6), face palmaire (1,4), etc. Mais il ne faut pas attacher une trop grande importance à ces chiffres, car on sait combien les résultats de ces sortes de mensurations sont variables chez un même malade. Ce qui est plus net, c'est la diminution pendant la crise de la sensibilité à la pression qui peut être appréciée, soit avec un œsthésiomètre à ressort, soit en appuyant plus ou moins fort sur le compas de Weber.

Le *champ visuel* est normal chez Nathaniel, comme chez presque tous les neurasthéniques. Sous l'influence d'une idée obsédante, il se rétrécit de 5 à 8 degrés (voir Rétr. planche II, fig. 1) ; mais ce rétrécissement n'est pas supérieur à celui qui se produit chez tous les sujets dont on fixe fortement l'attention. Il n'y a donc pas lieu de le considérer comme pathologique, ni même comme un rétrécissement proprement dit.

En résumé, toutes ces expériences semblent confirmer ce que nous avions déjà établi au point de vue psychologique, à savoir que

la crise obsédante produit des résultats analogues à ceux de l'*attention forcée*.

Observation II

Miriam.., 18 ans, parents en bonne santé, grands-parents nerveux (?). Coqueluche et rougeole pendant l'enfance. Réglée à 11 ans 1/2. Pas de manifestations nerveuses autres qu'une émotion un peu exagérée.

Aimant beaucoup l'étude, elle quitte la campagne à 16 ans pour venir préparer dans une grande ville le brevet d'institutrice. Elle se surmène beaucoup et, au bout de 3 ou 4 mois de grand travail, ressent une fatigue nerveuse qui se traduit par des pensées pénibles ». Pendant ses leçons de couture ou de piano, l'idée de la mort et celle du suicide se présentent subitement à elle avec une grande intensité.

Elle lutte contre cette idée, mais elle est si vive à certains moments qu'elle l'oblige à interrompre son travail. « Je me demandais comment une pareille idée pouvait naître chez une personne raisonnable, et presque aussitôt je fus effrayée à la pensée que je pourrais bien la mettre à exécution. Une multitude de cas de suicide se présentaient à mon esprit et le nombre de ces désespérés me parut si considérable qu'il me sembla impossible de ne pas en faire partie un jour ou l'autre. Voulant me ressaisir, je raisonnais avec moi-même ; on eu dit que je me disputais avec l'idée absurde; et pourtant je sentais qu'elle était tout à fait irrationnelle !

Pourquoi craindrais-je de mettre fin à mes jours? Je suis heureuse et n'ai aucune raison pour le faire et, à moins de devenir folle, je ne pourrais jamais commettre un pareil acte de lâcheté qui ferait mourir de chagrin mes pauvres parents ? Quand ces pensées m'envahissaient, j'avais peur de vouloir me tuer malgré moi, et je me surprenais à repasser par avance toutes les manières que j'aurais pu employer pour terminer mes jours sans trop de souffrance. Me jeter par la fenêtre ? Me pendre ? Avaler du poison ? Quand j'étais dans ma chambre, je n'osais pas me mettre à la fenêtre de peur de sauter en bas. Dans le jardin, je m'éloignais de la citerne. En ville, je fuyais les voitures et les tramways par crainte de me jeter sous leurs roues. Je

fuyais surtout les bords des quais, car la vue seule de l'eau aurait réveillé mon obsession, etc., etc. »

« Dès que je sentais venir l'idée, je cherchais à me distraire ; mais je ne réussissais pas toujours. J'étais alors angoissée comme si j'avais eu à lutter contre un ennemi véritable, mon cœur battait, je devenais rouge, puis tout à coup l'idée disparaissait et je retrouvais mon calme d'esprit. Plusieurs fois par jour j'avais de ces petites crises. Elles duraient peu mais se produisaient trop souvent à mon gré. Entre elles je retrouvais heureusement mon état normal. »

Quelques semaines après, des symptômes neurasthéniques se déclarent ; céphalées, légers vertiges, insomnies. Les fonctions stomacales, jusqu'alors parfaites, s'altèrent à leur tour. Elle a de l'inappétence à laquelle vient se surajouter une dyspepsie flatulente bien caractérisée. Elle perd plusieurs kilos. Elle devient morose, irritable, prend en aversion sa famillle, etc , etc. Envoyée en traitement à Vichy pour sa maladie d'estomac, puis à la montagne pendant deux mois, ses symptômes neurasthéniques s'amendent et ses obsessions disparaissent peu à peu. Elles n'ont plus reparu depuis lors.

Ce qu'il y a d'intéressant dans cette observation c'est de voir les obsessions précéder de plusieurs semaines les manifestations neurasthéniques aiguës.

CHAPITRE II

LES OBSESSIONS CHEZ LES PSYCHASTHÉNIQUES

Nous grouperons, avec M. Janet, sous le nom de psychasthénie cette catégorie de malades que Charcot et son école, en se basant sur des considérations étiologiques, avaient déjà isolés sous le nom de neurasthénie héréditaire ou constitutionnelle. A ce groupe appartiennent aussi les scrupuleux, les tiqueurs, les angoissés, les dégénérés supérieurs que l'on doit isoler du grand groupe des dégénérés de Morel, qui tend à absorber sous une apparence d'unité un peu factice des catégories de malades par trop dissemblables.

Tout ces psychasthéniques sont caractérisés par un affaiblissement de leurs fonctions psychologiques, des manies mentales, des sentiments anormaux.

Presque tous ont une hérédité chargée. Ils ont dans leurs ascendants directs ou collatéraux des aliénés, des alcooliques, des névrosés, des monomanes, des obsédés, etc. Cette hérédité, qui est le plus souvent la cause profonde du mal, peut-être, comme on le voit, similaire ou dissemblable. Elle amène, sous forme de prédisposition, une modification des fonctions psychiques qui se traduisent par des anomalies,

des sentiments, des émotions et des instincts ; mais elle modifie peu les facultés intellectuelles.

A l'inverse de la neurasthénie vraie qui apparaît toujours après de grandes causes d'épuisement nerveux (chagrins, surmenages, maladies infectieuses, etc.), la psychasthénie se révèle insidieusement sans qu'aucun trouble physiologique important, sans qu'aucune maladie aiguë ou chronique soit venue apporter des perturbations à l'état de santé du prédisposé. Elle se développe insensiblement chez l'individu et apparaît souvent comme une exagération fâcheuse d'un caractère anormal ou difficile. Elle existe en germe chez l'enfant, déjà différent de ses petits camarades par des bizarreries, des originalités, des sentiments exagérés, des émotions disproportionnées avec leurs causes. Cette manifestation précoce a inspiré l'aphorisme classique. « On naît psychasthénique, on devient neurasthénique ». Aphorisme plus séduisant dans sa forme qu'exact dans son fond, car la neurasthénie suppose aussi une prédisposition : « N'est pas neurasthénique qui veut », disait Charcot.

Les phénomènes douloureux, qui tiennent tant de place dans la neurasthénie, existent plus rarement ici et sont toujours moins aigus. Ils n'occupent en quelque sorte, que l'arrière-plan des préoccupations du sujet, qui sont tournées de préférence vers leurs tics mentaux ; aussi a-t-on pu dire avec raison que si « la neurasthénie est avant tout une maladie nerveuse, la psychasthénie est déjà une maladie mentale. »

Toutes ces considérations nous paraissent légitimer l'existence de la psychasthénie comme psychonévrose distincte de la neurasthénie. Ce point de vue est du reste accepté par un grand nombre d'auteurs. Ce nom très heureux, donné par M. Janet, se justifie pleinement ; il est préférable à celui de neurasthénie héréditaire, qui prête à confusion en éveillant

l'idée de ressemblances superficielles avec la neurasthénie vraie.

I. — Le terrain psychasthénique

Stigmates physiques. — Stigmates mentaux

L'accumulation de tares héréditaires se traduit souvent par des anomalies de développement que l'on est convenu d'appeler *stigmates physiques*. On a reconnu aujourd'hui que ces stigmates n'ont ni l'importance ni la signification qu'on leur accordait autrefois. On les rencontre souvent, en effet, à l'état isolé chez des sujets très normaux. Nous les indiquerons sommairement, car ils manifestent une tendance générale de l'organisme à l'asymétrie.

Ces stigmates physiques indiquent un trouble évolutif. « Ce sont des dystrophies, des atrophies se manifestant objectivement par des dysmorphies, des hypermorphies et des amorphies, et symptomatiquement par des désordres, des irrégularités, des suractivités ou des disparitions fonctionnelles. »

Le crâne peut offrir des déformations variées (tendances à la brachycéphalie, à la dolicocéphalie, microcéphalie, à l'acrocéphalie). Pour Cuylitès « une seule loi domine la dégénérescence, c'est la viciation des rapports entre diamètres. » Le développement du cerveau et son étendue plus ou moins grande dans la boîte crânienne a peu d'importance s'il ne s'est pas produit des tassements anormaux.

La face peut présenter des asymétries diverses : déviations de la cloison nasale ; de la voûte palatine (en ogive, en gouttière, en V) ; arcade dentaire inférieure dépassant la supérieure en dehors (indice d'un prognathisme léger); proémi-

nence de l'un ou l'autre sinus frontal ; incurvation générale de la face à gauche ou à droite ; irrégularité de cette dernière, etc.

Du côté *des yeux* on peut constater de la myopie, de l'hypermétropie et surtout de l'astigmatisme. Le champ visuel est presque toujours normal et ne présente pour ainsi dire pas de rétrécissement concentrique. Il peut y avoir une légère exophtalmie, du strabisme, de l'asymétrie chromatique, de l'iris et des irrégularités de son bord interne, des irrégularités de l'ouverture pupillaire et même une légère irrégularité dans l'ouverture des pupilles.

Du côté de l'*oreille*, de la surdité unilatérale, des bourdonnements ou des bruits anormaux. Un pavillon mal implanté, aplati contre la paroi crânienne ou abaissé en éventail, trop ourlé ou déplissé. Des dispositions anormales de l'hélix, de l'anthélix, des déformations du tragus et de l'antitragus. L'adhérence ou l'absence du lobule (oreille de Morel). La persistance du tube de Darwin, etc.

Du côté de *la bouche*, on peut rencontrer le bec de lièvre, la division congénitale du voile du palais, la duplicité de certaines dents et leur implantation à direction vicieuse ; petitesse extrême des dents (microdentisme) ou leur grande dimension, les crénelures, la carie, les malformations, etc.

Du côte *du larynx*, diminution ou exagération du corps thyroïde. Voix conservant toujours sa tonalité infantile, trouble du langage articulé et vice de prononciation (blésité, bégaiement, zézaiement, bredrouillement dysarthrique.)

Du côté des *organes génitaux* : chez l'homme, des malformations (épispadias, hypospadias, phimosis) ; de la monorchidie, de la cryptorchidie, du varicocèle ou des hernies congénitales. De l'impuberté. Chez la femme : de l'aménorrhée, de la polymastie, etc.

Du côté *des membres*, de la syndactilie, de la polydactilie, des doigts palmés ou crochus, des mains grêles, etc.

Du côté de *la peau*, des nœvi pigmentaires ou érectiles ; de l'ichthyose ou du vitiligo ; un développement exagéré du tissu adipeux ; une absence de poils, ou un type d'implantation masculine chez la femme ; le double tourbillon de cheveux, etc.

Comme nous le disions plus haut, il ne faudrait pas attacher une trop grande importance à ces stigmates. Voici ce qu'en disent les auteurs qui s'en sont spécialement occupés : « Il n'existe aucun parallélisme entre les stigmates physiques et les stigmates moraux. Si dans un grand nombre de cas, les uns et les autres coexistent, dans d'autres circonstances on observe des malades porteurs des stigmates matériels les plus accusateurs de la dégénérescence, bien qu'ils aient conservé un équilibre cérébral régulier ; et, inversement, des malades à conformation physique des plus régulières qui, au point de vue moral, sont des types de déséquilibrés. Stigmates physiques et stigmates moraux ne se développent pas parallèlement ; ils ne se révèlent pas mutuellement. Ce fait a une importance capitale. » MM. Pitres et Régis ont fait une constatation analogue. « La plupart des obsédés, disent-ils, ne présentent même pas plus souvent que les sujets réputés sains les petits stigmates auxquels on était porté naguère à attacher une importance fort exagérée. »

*
* *

Si les stigmates physiques ont peu d'importance, il n'en est pas de même des stigmates mentaux. La formule du dégénéré supérieur est, au point de vue mental, la même qu'au point de vue physique. « C'est un déséquilibré, un irrégulier, un asymétrique. L'asymétrie est un caractère assez général dans les désordres que l'on a qualifiés de stigmates

physiques, ils impliquent à un très haut degré un défaut d'harmonie et d'équilibre dans les fonctions trophiques qui président à l'évolution de l'être » (1). Chez le psychasthénique, on retrouve aussi l'asymétrie mentale. M. Magnan, dans une formule qui est inexacte anatomiquement, mais très frappante, car elle concrétise une notion abstraite, écrit : « S'il était possible de se représenter schématiquement la conformation cérébrale de ce type morbide, on pourrait concevoir son cerveau comme constitué par une série de saillies d'inégal volume, représentant les différents centres normaux et exagérément développés, séparés çà et là les uns des autres par des lacunes indiquant la place des centres atrophiés ou arrêtés dans leur développement normal. »

C'est bien ainsi, en effet, qu'apparaît cliniquement le dégénéré supérieur. Ici prédominent une ou plusieurs facultés ; elles sont parfois tellement exubérantes qu'on a pu désigner leur possesseur du nom de génie partiel ; là, au contraire, on constate de profondes lacunes, l'absence d'une ou plusieurs facultés, une inaptitude flagrante du sujet à l'égard de certains objets ; inaptitude d'autant plus remarquable qu'elle contraste avec des qualités voisines supérieurement développées. (2)

Les stigmates mentaux seront ici de nature complexe ; on ne pourra pas les isoler, les individualiser avec précision. Ils découleront plutôt de la comparaison avec le fonctionnement psychologique et physiologique de l'homme normal, qui fera ressortir les anomalies fonctionnelles. Aussi, l'étude du caractère avec ses tendances, ses goûts, ses passions, aura-t-elle une importance capitale. Favorisées par ce substratum

(1) Magnan et Legrain, op. cit., p. 91.

(2) Magnan et Legrain, op. cit., p. 102.

mental très particulier, les idées obsédantes prendront naissance. C'est encore lui qui rendra leur extirpation difficile.

Doués d'une véritable hypertrophie de la sensibilité, leur être intérieur vibre, non pas seulement aux moindres impressions venues du dehors, qui se répercutent en eux en se multipliant et se grossissant, mais aussi à celles du dedans. Discernant avec une délicatesse exquise les moindres modifications de leur état de conscience, leur pouvoir d'analyse se trouve affiné. Ils cherchent à travers leurs actes les mobiles cachés, les ressorts mystérieux qui les font agir. Ils se croient toujours plus mauvais que tout le monde et se jugent avec sévérité, ce qui leur fait éprouver les affres du remords pour des peccadilles. Ce sont des sensitifs qui, dès qu'ils ne sont pas entourés, choyés par leur milieu, se replient sur eux-mêmes. Mal taillés pour la lutte quotidienne, il se croient facilement incompris, malheureux, persécutés. Naturellement craintifs et timorés, cette tendance contribuera à exagérer leur timidité native. Ils n'accompliront qu'avec répugnance leurs devoirs sociaux, car en public ils sont gênés, gauches, mal à l'aise, ce qui les pousse à s'isoler du monde, à rechercher la solitude qui favorise leurs rêveries mélancoliques. Ils sont misanthropes.

Chez eux, « les facultés dites supérieures, de l'esprit, ont acquis un grand développement ; mais les bizarreries multiples d'adaptation de ces facultés révèlent, en même temps que leur développement parfois très inégal, un véritable désordre fonctionnel. On peut dire qu'ils posséderaient les éléments nécessaires pour devenir des êtres pondérés, s'il leur était possible de diriger constamment leurs pensées et leurs actes vers une fin convenable. Chose remarquable, ils font une besogne défectueuse avec un instrument dont les rouages sont souvent complets et bien construits. Leurs moyens, si puissants qu'ils soient, restent partiellement inutilisables,

parce qu'ils n'ont pas le pouvoir de les orienter, de les coordonner. C'est donc, chez eux, un contraste perpétuel entre la valeur réelle de leurs aptitudes natives et leur impuissance non moins originelle à en tirer parti ; les pensées et les actes sont dans une constante antithèse ; l'homme d'hier n'est pas celui de demain. Partout le manque de logique, l'absence de suite dans les idées ; le raisonnement le plus irréprochable aboutit aux actions les plus incohérentes ; la petitesse des déterminations efface la grandeur des conceptions... Ils ont une extraordinaire fécondité de l'imagination, mais non moins souvent elle coexiste avec des conceptions d'une étroitesse surprenante. A côté d'idées transcendantes, on voit des préoccupations infimes ; les théories morales les plus quintessenciées et les plus sincères contrastent avec des actes d'indélicatesse. L'artiste gâtera ses œuvres par des conceptions incohérentes déplacées ; le poète prostituera son talent à des objets sans valeur » (1).

Portés aux nobles aspirations, ayant soif de perfection dans tous les domaines, ils sont intellectuellement épris d'idéal et ne sont pas de ceux qui se complaisent dans les bas-fonds de la médiocrité égoïste et intéressée. Mais c'est justement parce que la vie terre à terre et sans horizon ne peut leur suffire, qu'ils souffrent, sans pouvoir en prendre leur parti. de cette opposition entre l'élévation de leur tendance et la faiblesse de leur nature, qui est souvent le jouet de passions instinctives grossières, d'impulsions automatiques vicieuses. Cette antinomie violente entre leurs aspirations élevées et la bassesse de leurs penchants les jette dans le désarroi. Ne pouvant réaliser dans le moment présent ce besoin absolu de perfection qui les obsède, ils ont la tendance de vivre dans

(1) Magnan et Legrain, op. cit. p. 107.

le passé ou dans l'avenir ; — soit qu'ils déplorent telle faute, telle détermination malheureuse qui les a empêchés d'atteindre leur but, ou qu'ils s'oublient dans la contemplation déprimante de leurs défaites ; — soit qu'ils s'analysent avec complaisance, pour dégager abstraitement du présent des leçons applicables dans un avenir plus ou moins lointain. Ils s'habituent ainsi à vivre dans un demi-rêve qui leur fait oublier les réalités de l'existence.

Il leur manque ce sens pratique qui est l'indice d'une parfaite adaptation du moi à la vie présente. « La fonction du réel », que les philosophes contemporains (1) placent au plus haut degré de la hiérarchie psychologique, est affaiblie chez eux. Bien qu'ils aiment l'activité extérieure, ils ne savent pas s'y employer d'une manière réellement efficace, et leurs efforts sont le plus souvent disproportionnés aux résultats. Très dévoués, ils ne craindront pas de se sacrifier pour une cause qu'ils croient noble. Malheureusement leurs efforts sont de courte durée, ils se découragent vite, passant presque sans transition de l'enthousiasme le plus ardent au découragement le plus sombre.

L'acte de volition actuel est ce qu'ils font le plus difficilement ; volontiers ils le remettent à tout à l'heure ou à demain, parce qu'ils croient très sincèrement l'exécuter mieux qu'aujourd'hui. Ils sont indécis, hésitants, ils se laissent conduire par les événements, craignant de prendre une décision qui les engagerait et sur laquelle du reste ils reviendraient sans cesse. D'autres fois, au contraire, ils ont des entêtements subits que rien n'explique et que rien ne peut vaincre.

Toutes leurs actions sont l'origine d'une foule de « senti-

(1) Bergson : « Matière et mémoire », p. 166 et 190, et F. Janet : « Obsession et psychasthénie », p. 474.

ments anormaux » qui peuvent se résumer ainsi : le sujet sent que l'action n'est pas bien faite, qu'elle n'est pas faite complètement, qu'il lui manque quelque chose. De là un sentiment de gêne, de difficulté, d'incapacité, d'indécision, d'automatisme qui produit chez les psychasthéniques un profond mécontentement d'eux-mêmes. C'est ce que M. Janet appelle (1) « le sentiment d'*incomplétude dans les actes* », sentiment qui, d'après lui, s'étendrait aussi aux opérations intellectuelles, aux émotions, à la conscience de la personnalité, etc., etc.

Même si l'action est décidée, elle se fait très lentement. Cette conduite amène une conséquence inévitable, c'est qu'ils n'arrivent jamais à tenir pied aux autres. La notion du temps leur fait totalement défaut. Ils n'arrivent jamais à l'heure. « Il n'y a rien de plus terrible, dit Janet, que d'avoir des rendez-vous avec eux : un retard d'une heure ou deux leur paraît si insignifiant qu'ils croient, en arrivant, mériter des éloges ». Ils sont désordonnés, ils laissent tout en place sans jamais rien soigner. Leur table de travail est un fouilli, leur chambre un magasin de bric à brac où les objets les plus disparates sont amoncelés. Ils commencent tout et n'achèvent rien, s'arrêtant au milieu d'un travail pour en entreprendre un autre qui est vite délaissé pour un troisième. Ce désordre se reflète sur leur écriture même. Elle est embrouillée, illisible, les lettres sont écartées, lâches, les traits irréguliers. Ils n'écrivent jamais jusqu'au bout des lignes, sautent presque toujours des mots. Ils omettent souvent les règles élémentaires de la ponctuation, oublient presque toujours de barrer les *t*, de mettre les accents et les points sur les *i*. Ils écrivent difficilement sur du papier non rayé. Dès que leur main n'est

(1) « Obsession et psychasthénie ». I. p. 264.

plus guidée par la rayure, ils font des zig-zags comme des enfants qui commencent à écrire.

Leur changement perpétuel d'occupations traduit un état d'inquiétude qui les tourmente sans cesse. Cet état un peu vague, qu'il leur est difficile de décrire et de préciser, est différent de la peur. C'est une agitation intérieure due à l'instabilité du caractère, qui n'est jamais pleinement satisfait de ce qu'il éprouve ou de ce qu'il fait. Aussi, pour sortir de cet état, pour se distraire, ils sont toujours à la recherche de sensations nouvelles, qu'ils demandent parfois à la réalisation d'idées sangrenues ou aux passions les plus viles. Dans cette course folle à la recherche du bonheur qui semble toujours les fuir, comme un lointain mirage, ils emploient toutes les ressources de leur imagination maladive. Ils font des excentricités et, ce qui est pire, inventent parfois des jouissances extraordinaires, des vices quintessenciés, véritable perversion sexuelle qui peut les conduire en correctionnelle.

Ils sont réfractaires au sommeil hypnotique. M. Janet, qui s'est tout spécialement occupé de la question et qui a pu expérimenter sur un grand nombre de psychasthéniques, n'a pu obtenir que chez de rares sujets « un engourdissement notable des mouvements et même des idées, et une légère envie de dormir. » Mais ce n'est pas là une véritable hypnose puisque les sujets triomphent de cet engourdissement léger au moindre effort volontaire. Cela se comprend aisément, étant donnée la difficulté qu'éprouvent ces malades à fixer longuement leur attention sur un même objet.

Ils sont très sensibles aux encouragements, au réconfort moral. Un conseil affectueux, une parole de sympathie vraie les tranforme littéralement pendant plusieurs heures et même plusieurs jours. Aussi éprouvent-ils le besoin intense d'être entourés, d'être aimés. Quand on a gagné leur confiance (ce

qui est difficile, car leur misanthropie les rend naturellement défiants), on peut avoir sur eux une réelle influence et leur être d'un puissant secours. Ils sont, au point de vue moral, comme ces plantes grêles qui ont besoin pour se développer de prendre un peu d'appui en dehors d'elles-mêmes. De là l'importance de la « *psychothérapie* », de la « *cure d'âme* » comme facteurs de leur guérison.

II. — L'idée obsédante

Caractères généraux. — Idée obsédante et hallucination
Variétés des idées obsédantes
Moyens de défense des psychasthéniques

Nous n'avons pas à nous étendre, comme nous avons dû le faire pour la neurasthénie, sur les causes qui favorisent l'éclosion de l'idée obsédante. L'étude du caractère du psychasthénique avec son instabilité dans les sentiments et les opérations intellectuelles, avec ses synthèses mentales précaires, explique suffisamment la possibilité de la production de syndromes morbides tels que l'obsession. Ce qui doit nous arrêter plus longuement, c'est l'étude de l'idée obsédante elle-même, qui présente chez eux des caractères bien spéciaux.

Au lieu d'être une idée quelconque, comme chez les neurasthéniques, c'est presque toujours ici un phénomène intellectuel de l'ordre le plus élevé, une *idée abstraite*. « Ces idées se distinguent en effet des autres phénomènes psychologiques par leur caractère abstrait et général. Ce ne sont pas des sentiments ou des opérations uniquement en rapport avec un état présent et particulier du sujet, ce sont des conceptions

qui s'appliquent d'une manière générale à toute une période de la vie, ou à la vie toute entière. L'angoisse déterminée par la peur d'un couteau est un sentiment particulier. La pensée que l'on est un criminel, capable de tuer à coups de couteau, est une idée générale (1) ».

Comme chez les neurasthéniques, ces idées ne sont pas provoquées par les circonstances extérieures, ce sont des *idées endogènes* qui ne font que traduire un trouble psychologique profond. Lui seul, en effet, peut expliquer les caractères communs qu'elles revêtent. A ce point de vue spécial, la psychasthénie constitue bien une unité nosologique.

Ces idées, ces actes qui les obsèdent sont des actes *extrêmes*. « Ce sont les actes les plus sacrilèges, les plus criminels, les plus dangereux, en un mot les plus odieux qu'il leur soit possible d'imaginer. C'est une conception qui est poussée dans un certain sens jusqu'aux plus extrêmes limites (2) ». S'ils ont l'idée d'un crime, ils rêvent les raffinements les plus atroces. S'ils ont l'idée d'un sacrilège, ils arrivent à penser aux actes de profanation les plus abominables, à ce qui leur paraît être la quintessence du mal. On connaît la réponse de cette malade de Janet, craignant de commettre la plus grande faute qu'il fût possible : « Un péché qui n'aurait jamais existé, que personne n'aurait encore fait, auquel personne n'aurait pu penser. » Ou de cette autre malade qui ne voulait plus lire les faits divers des journaux, de peur de commettre sur ses parents ou sur ses enfants des crimes cent fois plus abominables.

Comme pour les neurasthéniques, ces idées sont en opposition avec les tendances du sujet. « Ce n'est pas par hasard

(1) Janet, op. cit., p. 3.
(2) Janet, op. cit., p. 61.

que le sujet a des idées en contradiction avec ses tendances naturelles et des idées d'actes inexécutables pour lui. De telles idées, avec de tels caractères, sont le résultat de son état d'esprit antérieur. Le sujet, incapable d'agir, mécontent de lui-même, conçoit nécessairement des idées de honte, de dépréciation personnelle et de crime. Il a la manie de pousser toutes ses conceptions à l'extrême, précisément parce qu'il n'arrive jamais au terme, dans la réalité, et qu'il souffre de cette incomplétude. La conception extrême de la honte et du crime est nécessairement, pour chaque sujet, la pensée de l'action la plus opposée à ses propres tendances (1) ». C'est ce qui explique les variations individuelles des obsessions, en rapport avec la mentalité du sujet. Le crime imaginé par un homme religieux sera différent de celui imaginé par un athée, celui d'une femme sera différent de celui d'une jeune fille, etc., etc.

*
* *

Nous avons beaucoup insisté sur le caractère complexe et abstrait des idées obsédantes. Elles contiennent néanmoins comme toute idée un élément représentatif important et il serait difficile qu'il en fût autrement. Nous ne croyons pas cependant que cet élément représentatif soit assez intense pour aller jusqu'à produire de véritables hallucinations.

Ce point étant un peu controversé, il est nécessaire de le préciser, car il constitue à notre point de vue un élément de diagnostic très net entre les obsessions des neurasthéniques et celles des hystériques, presque toujours hallucinatoires.

L'hallucination est une représentation d'images qui n'ont aucune réalité. L'esprit tend à l'objectiver alors même qu'elle

(1) Janet, op. cit., p. 19.

n'est déterminée par aucune excitation sensorielle consciente. Elle a, par sa soudaineté, par sa persistance, quelques rapports avec l'obsession psychasthénique vraie ; mais cette analogie est superficielle, car l'hallucination, quel que soit le sens qu'elle affecte, est toujours nettement représentative. Si elle affecte, par exemple, le sens de la vue, le sujet pourra la localiser en un point spécial de l'espace, en déterminer avec précision les contours, la couleur, etc., elle fera écran sur les objets situés derrière elle, etc.

Dans les obsessions des neurasthéniques et des psychasthéniques, au contraire, les représentations sont incomplètes, incolores, vagues, imprécises. Les sujets ne peuvent ni les localiser, ni même les extérioriser : elles se déroulent mentalement sans qu'elles puissent être projetées au dehors.

Un de nos malades était obsédé par la pensée qu'il pourrait bien un jour ou l'autre devenir le meurtrier de son père, pour lequel il avait une véritable vénération. Les détails de cet acte qui le révoltait lui venaient à l'esprit avec une grande intensité. Il se voyait le frappant, puis lui ouvrant l'abdomen, il y plongeait ses mains pour en déchirer les viscères les plus profonds. « Ces détails si ignobles me traversaient l'esprit, rapides comme l'éclair, sans que je puisse leur résister. Mais j'avais très nettement l'impression que cette scène se passait en moi ; je la voyais, que mes yeux fussent ouverts ou fermés, et bien qu'il me fût possible de la percevoir très vivement, je sentais qu'elle n'avait aucun rapport avec les objets ou les lieux qui m'entouraient et au milieu desquels je n'aurais pas pu l'objectiver ».

Un malade hystéro-neurasthénique qui avait étudié la question et en comprenait toute l'importance affirmait distinguer très nettement l'obsession de l'hallucination. Il prétendait très bien distinguer les deux phénomènes qu'il avait éprouvés à plusieurs années d'intervalle.

*
* *

Les pensées qui font l'objet des obsessions psychasthéniques peuvent être rangées en un certain nombre de catégories : obsessions hypocondriaques, obsessions de honte de soi, obsessions de remords, obsessions de doute, obsessions de scrupules et obsessions de sacrilège.

Bien que ces groupes paraissent fort disparates, ils ont entre eux un lien commun. Ils dérivent tous du grand stigmate mental de la psychasthénie, le sentiment d'incomplétude ou plus simplement du sentiment de *mécontentement de soi*, d'insatisfaction.

Si ce mécontentement porte sur les sensations viscérales, il donnera naissance aux obsessions hypocondriaques ; s'il porte sur le corps, il sera l'origine des obsessions de la honte du corps ; s'il porte sur le domaine moral, il sera l'origine des obsessions de remords ; s'il a trait aux actes, il produira les obsessions de scrupule, s'il porte sur le domaine intellectuel il donnera les obsessions de doute.

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit de l'obsession hypocondriaque à propos des neurasthéniques. Chez les psychasthéniques elle peut avoir la même origine. Cependant elle revêt ici une forme un peu particulière. D'abord elle est rarement isolée et coïncide presque toujours avec d'autres obsessions ; étant moins exclusive, elle passe ainsi au second plan des préoccupations du sujet.

Ce ne sont pas des maladies quelconques qu'ils redoutent le plus ; ils ne sont pas même obsédés par celles qui les ont le plus vivement frappés (comme chez les neurasthéniques), mais par celles qu'ils craignent d'avoir provoquées par leurs actes, leur imprudence ou leur inconduite. L'idée hypocondriaque n'est pas simple, elle se complique toujours d'éléments intellectuels variés.

Enfin une obsession que l'on trouve fréquemment chez les psychasthéniques et qu'on peut rattacher aux obsessions hypocondriaques, est la crainte qu'ils ont de communiquer aux autres une maladie dont ils auraient porté les germes involontairement.

Le sentiment de mécontentement peut porter sur la personnalité physique, il est alors l'origine des *obsessions de la honte du corps.*

Ces idées naissent à propos de difformités naturelles que le malade croit repoussantes ou ridicules, ce qui le préoccupe constamment. Elles naissent à la suite d'idées complexes, dont l'origine n'est pas toujours facile à découvrir.

Ces pensées obsédantes se rapportent soit à un organe particulier soit au corps tout entier.

Un malade que nous avons connu était constamment préoccupé par la pensée de ses biceps qu'il ne jugeait pas suffisamment puissants. Dans la rue, à la promenade, il comparait toujours la grosseur de ses bras avec ceux des passants vigoureux qu'il rencontrait et se désespérait à la pensée que les siens étaient si ridiculement petits. L'été il refusait de se mettre en manches de chemise ou d'aller se baigner avec ses camarades dans la crainte qu'on s'aperçût de ce qu'il appelait : « son infirmité ». Devenu soldat, c'était pour lui un véritable supplice que d'aller à la douche commune. Il faisait du reste des prodiges pour dissimuler ses bras derrière les colonnes de la salle de bains et se tenait toujours en arrière de ses camarades. Cette préoccupation eût semblé logique s'il avait exercé un métier manuel ou s'il avait été un amateur enthousiaste des sports athlétiques ; mais, très intellectuel, il détestait tous les exercices physiques et tous les jeux violents. Cette obsession avait été sans doute provoquée par les moqueries d'un de ses amis. D'autres ont la honte de leurs

organes génitaux, de leurs poils, des traits de leur visage. C'est dans cette dernière catégorie qu'il faut ranger la crainte de la rougeur ou éreutophobie, bien étudiée par MM. Pitres et Régis (1), qui signalent des cas singuliers. « Pour quelques-uns, c'est un véritable supplice que de sentir le barbier penché sur leur visage et les regardant; certains évitent de manger dans un restaurant et s'astreignent à prendre leur repas seul, dans la crainte qu'on les regarde ou qu'on les interpelle. »

Ce sentiment de honte, au lieu de se systématiser à tel ou tel organe, peut porter sur le corps tout entier. Telle malade est obsédée par la honte de son corps parce qu'elle croit le sentir devenir trop gros, et, comme conséquence, elle se prive de nourriture. L'anorexie vient s'ajouter dans ce cas à l'idée obsédante, ce qui complique le syndrome et rend son diagnostic difficile d'avec l'anorexie hystérique. Telle autre malade, au contraire, pour ne pas maigrir se suralimente d'une manière intensive jusqu'à ce qu'elle soit arrivée à un véritable embarras gastrique par auto-intoxication. Même après sa guérison, si elle n'est pas surveillée, elle mange en cachette, malgré la défense de ses parents et de son médecin, car « elle a peur des squelettes et ne veut pas leur ressembler. »

Le mécontentement peut s'étendre au domaine moral et donne alors naissance aux *obsessions de remords*. Ces obsessions ont des causes multiples. Tantôt le malade s'accuse de fautes qu'il a commises dans le passé et dont il exagère la gravité, tantôt il s'accuse de pensées abominables, de crimes invraisemblables qu'il s'est senti poussé à commettre et qu'il craint d'exécuter.

C'est, qu'en effet, une pensée qui obsède fréquemment les

(1) Pitres et Régis : « Revue de neurologie », 1897.

psychasthéniques est celle du crime et du crime monstrueux. Eux qui sont intellectuellement des idéalistes, sont poursuivis par des obsessions impulsives de meurtres sauvages mais absurdes, car ils seraient sans but. Ils ne sont dictés ni par la cupidité, ni par la vengeance, ni par cette passion inconsciente du sang qui pousse certains criminels impulsifs. Ces pensées morbides sont involontaires, ils le sentent fort bien, et il est inutile d'ajouter qu'ils ne les réalisent jamais. Ils en souffrent et se lamentent sans cause sur leur mauvais cœur, sur leur imagination satanique, etc.

Dès qu'ils ne sont plus obsédés par leurs idées mauvaises, ils le sont par des pensées d'auto-accusation à propos de ces idées. Passant de l'une à l'autre sans transition, ces malheureux traversent des périodes où ils n'ont aucun répit moral. Ils s'imaginent que le seul fait d'avoir été obsédés par une mauvaise action prouve qu'ils auraient été capables de l'accomplir. Puisque l'idée de remords se rattache toujours à l'idée de crime et vice-versa, il nous a paru inutile de les séparer comme le font la plupart des auteurs.

Il serait difficile de passer en revue tous les crimes qui ont hanté l'imagination toujours très féconde des psychasthéniques. On peut néanmoins les classer de la façon suivante :

1° Mauvaises actions qu'ils ont l'idée de commettre contre autrui ; toutes les formes du mensonge, de la tromperie, du vol, de la manie incendiaire, des attentats à la pudeur, du viol, des meurtres, des assassinats, etc.;

2° Mauvaises actions contre lui-même : idées de vices volontaires, d'auto-mutilation, de suicide, etc.;

3° Mauvaises actions de forme négative : refus de faire un acte que leur morale ou leur religion leur commande, refus d'aider les siens, refus d'obéir à l'impératif de conscience, etc.

L'obsession de remords peut exister indépendamment de

toute idée de crime, elle n'est alors que la manifestation intellectuelle d'un sentiment de tristesse plus ou moins inconscient.

Les psychasthéniques, mal à l'aise avec eux-mêmes, s'analysent, et, à force d'étudier leurs sentiments, de scruter leurs intentions, de peser la valeur de leurs actes, arrivent à se créer des tourments réels pour des fautes qu'ils n'ont pas commises. C'est le *remords imaginaire*.

Dans d'autres circonstances, le remords ne porte pas seulement sur un acte particulier, mais sur presque tous les actes de la vie, c'est le *remords général*. Quoi qu'il fasse, quoi qu'il dise, le malade est mécontent de lui et il n'a pas plutôt fait une action qu'il la regrette.

Enfin il faut rattacher aux obsessions de remords une forme très particulière que nous avons eu l'occasion de rencontrer quelquefois et qui a été peu étudiée (1). C'est l'obsession du *péché irrémissible*. Elle présente deux modalités différentes : l'obsession de damnation qui se rencontre surtout chez les catholiques, et l'obsession du péché contre le Saint Esprit chez les protestants. Si ces deux formes paraissent présenter des divergences de détail, cela tient surtout à la différence des mentalités religieuses ; mais elles sont au fond les deux modalités d'un même phénomène morbide.

L'origine de ces obsessions est complexe. Il y a à la fois un sentiment de remords pour une faute commise, et que le sujet considère comme extrêmement grave, et un sentiment de doute qui lui fait craindre que ni le pardon des hommes ni celui de Dieu ne pourront lui être accordés. Ces deux sentiments surajoutés produisent un état d'abattement et de mélancolie intense qui assombrissent le pronostic.

(1) H. Bois : « Etude psychologique sur F. Spiéra ».

L. Perrier : « Les obsessions dans la vie religieuse », thèse Montauban 1905, p. 48.

Le mécontentement de soi, le sentiment d'incomplétude peut porter sur l'intelligence, les sentiments, les actes, envisagés au point de vue psychologique. C'est cette tendance qui explique les *obsessions de scrupule*.

Ces obsessions ont été bien étudiées de tout temps par les auteurs religieux qui se sont tout spécialement occupés de cure d'âme. Elles doivent être très fréquentes, si l'on en juge par la place qu'elles occupent dans la correspondance de tous les grands « directeurs de conscience ».

Les sujets se plaignent sans cesse de confessions, de communions mal faites ; leurs actes de charité, même les meilleurs, leur paraissent entachés d'imperfections ; c'est ce sentiment de malaise constant avec eux-mêmes qui explique tout naturellement des manies mentales bizarres dont les descriptions abondent. Mais il va sans dire qu'elles ne sont pas spéciales aux gens religieux et peuvent revêtir des formes multiples.

Pour être certains qu'ils accomplissent parfaitement un acte donné, ils éprouvent le besoin, avant de l'exécuter, de se l'expliquer dans tous ses détails. C'est là l'origine de la *manie d'explication*. Une mère scrupuleuse ne pouvait arriver à donner une cuillerée de potion à son enfant malade sans s'expliquer pendant des heures comment elle accomplirait cet acte. Elle se le représentait mentalement, le décomposant en temps précis, qu'elle s'efforçait d'exécuter d'une manière rigoureuse au moment voulu.

D'autres ont la tendance de recommencer plusieurs fois de suite le même acte pour « le faire mieux ». C'est la *manie de répétition*. Tel est le cas de la duchesse de Longueville dont le caractère présentait tous les stigmates de la psychasthénie. Elle était toujours mécontente de ses confessions et les recommençait sans cesse. Son confesseur fut obligé de les lui interdire, l'autorisant simplement à une confession générale

« où elle n'entrerait dans aucun détail ». Ne pouvant plus répéter l'acte, elle chercha à le perfectionner d'une autre façon. Elle écrivait sa confession générale pour trouver des mots mieux appropriés et plus précis. Son confesseur fut encore obligé de le lui interdire.

Ils cherchent à donner à tous leurs actes une précision mathématique, car tout ce qui n'est pas précis est mauvais et il faut recommencer. Lorsque je demandais brusquement l'heure à Fritz, et qu'étant préoccupé il regardait sa montre en me disant, par exemple : « Il est 9 heures 1/2 », il se ravisait tout à coup ; il ajoutait : « C'est inexact, je me suis trompé ; il est 9 heures 32 minutes 1/2. » Il lui est arrivé quelquefois de me courir après pour me dire qu'il avait fait erreur de deux ou trois minutes et s'en excusait même le lendemain.

C'est cette tendance à la précision qui fait qu'on rencontre chez plusieurs d'entre eux la manie du chiffre (arithmomanie).

L..., qui venait à notre laboratoire, comptait les pas, les marches de l'escalier, savait exactement le nombre des livres de la bibliothèque, des appareils ou des pièces du musée. Il comptait les personnes au théâtre, les becs de gaz dans la rue, etc., etc.

Une autre forme du scrupule, c'est la *manie des précautions*. Les malades font une multitude de petites actions incompréhensibles pour leur milieu et qui ont pour but d'empêcher une action qu'ils redoutent.

Une malade intéressante, que nous avons rencontrée dans le service de M. le professeur Mairet, ne marche jamais sur les rayures des dalles; elle ne prononce jamais certains noms. Bien qu'elle connaisse très bien celui du médecin adjoint, qui s'est occupé d'elle avec beaucoup de sollicitude, elle ne le prononce jamais et emploie toujours une périphrase

pour le désigner : « M. le médecin qui remplace le médecin-chef. » De même, elle ne peut supporter qu'on la touche, et dès qu'on avance le bras ou qu'on fait mine de s'approcher d'elle, elle recule avec crainte.

Ils donnent à l'expression de leurs pensées une apparence de précision en employant des expressions concrètes, faisant image, qu'ils préfèrent aux termes généraux, toujours un peu vagues pour eux. Ils s'habituent tellement à cette manière de parler et de penser qu'il est quelquefois difficile de les suivre à travers le fatras de leurs expressions symboliques.

Les actes ou les sentiments des psychasthéniques leur paraissent incomplets, ils manquent pour toute chose de cette assurance naturelle qui caractérise l'homme normal ; aussi les obsessions de doute sont-elles fréquentes chez eux.

Les deux formes de doute que l'on rencontre chez les psychasthéniques sont l'*hésitation*, qui est en dernière analyse un doute portant sur les actes, et le *doute morbide* proprement dit, qui s'applique aux phénomènes intellectuels.

L'hésitation est plutôt une tournure de caractere, un stigmate mental qu'une obsession vraie. Les malades n'arrivent jamais à se prononcer. Tous les classiques citent les hésitations interminables que provoquent les fiançailles chez cer-certaines jeunes filles, et que Savage a appelées « délire des fiancées. »

Le doute morbide est très différent des doutes intellectuels qui peuvent se produire chez tout homme normal. Il n'est pas provoqué par des arguments imprévus ou des objections nouvelles. Comme pour toutes les idées obsédantes, son apparition se fait sans préparation consciente antérieure.

Le développement du doute intellectuel vrai s'effectue suivant des règles rationnelles. Préoccupé tout d'abord par des détails de doctrine, le douteur arrive bientôt à suspecter la doctrine toute entière. Il va donc du particulier au général.

Le doute morbide ne présente pas cette période de développement progressif, allant du simple au complexe. Les données rationnelles n'y entrent pour aucune part ; c'est ce qui explique qu'il ne s'attaque jamais à un point de détail, mais aux questions d'ordre très général, comme l'existence de Dieu, l'affection d'une mère, la réalité du moi, etc.

Souvent ce doute, au lieu de porter sur des conceptions abstraites, philosophiques et religieuses, porte sur des sentiments ordinaires, sur les choses banales de la vie, ce qui constitue au point de vue du pronostic une aggravation sérieuse, car ces malades peuvent aboutir à ce que Legrand du Saule a appelé : « La folie du doute ». Dans cette dernière étape l'existence même de leur personnalité ne leur paraît pas certaine et ils éprouvent le besoin d'en faire la preuve à chaque instant par des raisonnements plus ou moins ingénieux.

Une dernière forme que revêt l'idée obsédante chez les psychasthéniques est celle des *idées de sacrilège*.

Elles tiennent à cette double tendance que nous avons déjà signalée : la manie de l'extrême et la manie du contraste. Ne pouvant s'arrêter à aucune conception, ces malades cherchent « à pousser leur idée au-delà, toujours au-delà, et ils en arrivent tout naturellement aux pensées les plus extravagantes. C'est à force de songer à la moralité qu'ils finissent par se représenter le comble de l'immoral. Ils jouent pour ainsi dire avec eux-mêmes aux jeux des combles » (1).

Ajoutons aussi que quelques-uns espèrent inconsciemment goûter des sensations nouvelles, des jouissances originales en cultivant ces idées qui sont par elles-mêmes une profanation des choses que leur milieu considère comme les plus sacrées. Ils éprouvent une joie morbide à ne pas se sentir

(1) Janet II, op. cit., p. 478.

« des idées banales comme le commun des mortels ». Joie un peu puérile et qui dure peu, comme celle de l'enfant qui goûte au fruit défendu. Dès qu'ils y ont tâté, ils ont des remords cuisants. Ils exagèrent leurs regrets comme ils auraient voulu exagérer leurs vices. Epouvantés de la hardiesse de leurs obsessions qu'ils ont encouragées au début, ils se traitent de montres moraux et se désespèrent.

Ces obsessions de sacrilège constituées par l'accolement de deux idées, l'une d'ordre très élevé, l'autre ignoble et répugnante, sont assez difficiles à classer, car elles dépendent du contenu de ces idées fort variables d'ailleurs. Elles portent :

1° Sur les conceptions religieuses, les cérémonies, les objets du culte (profanation des hosties, des images sacrées, etc., etc.) ;

2° Sur les conceptions familiales (profanation de ses parents, de ses frères ou sœurs, etc., etc.) ;

3° Sur toutes les conceptions susceptibles d'incarner un idéal (souillure et profanation du drapeau par un patriote, etc.).

*
* *

Le psychasthénique, qui est toujours un être intelligent, cherchera évidemment à lutter contre ses idées obsédantes. Comprenant bien vite que sa volonté est impuissante à agir directement sur elles, il s'efforcera comme le neurasthénique à « s'attentionner ailleurs » et comme celui-ci, emploiera des artifices ayant pour but de le distraire de la pensée tenace. Mais chez les psychasthéniques ces moyens de défense sont plus compliqués et deviennent l'origine de véritables manies mentales.

S'ils n'arrivent pas à enrayer l'obsession, ils tâchent de réparer le désordre psychologique qu'elle laisse dans leur esprit. *Ils compensent* en quelque sorte son action défec-

tueuse par un acte, parfaitement accompli, qui les relèvera à leurs propres yeux. « Quand je marche, dit un malade, et que les mauvaises idées me prennent, je dois m'arrêter pour revenir d'un pas en arrière, pour corriger la mauvaise pensée; c'est comme si je corrigeais une erreur dans un livre de comptes. » (1)

Cette idée de la compensation peut être poussée par eux plus loin encore et aboutir à une véritable *expiation*. Nous avons connu un malade qui chaque fois qu'il avait des idées obsédantes se traitait durement. Pour se punir il couchait sur une planche qu'il disait être une « planche à dessin » afin que ses parents ne puissent soupçonner l'usage qu'il en faisait. Ayant eu des obsessions sensuelles, il s'était percé lui-même le prépuce et y avait fixé un anneau de fil de fer, ce qui lui occasionnait une douleur atroce pendant toute la durée de ses obsessions.

« Au lieu de considérer l'action présente et de chercher à la compenser, au lieu de considérer l'action passée et de chercher à l'expier, les malades pensent encore plus souvent à l'action future et ils s'engagent par avance à l'expier. » Ils inventent alors des serments, des pactes, des conjurations, etc. etc.

Un exemple classique est celui cité par Lanteirés (1) : « Si je fais d'ici à demain un seul acte superstitieux, que toutes les étoiles du ciel soient 13, que Dieu soit 13... Si, quand le surveillant sera arrivé en se promenant à tel pupitre, ou si au premier coup de cloche je ne suis pas arrivé à tel passage de mon travail, eh bien, je veux mourir..., etc. »

D'autres, pour donner à ces pactes, à ces serments, plus

(1) Ladame : « Année médic. psych. », 1890, II, 387.

(1) Lanteirés : « Essais descriptifs sur les troubles psychopathiques », th. 1885, p. 44.

de valeur, les écrivent sur des papiers, derrière la photographie d'êtres bien-aimés, sur des ouvrages précieux (leur livre de première communion, etc.). Patrice va même jusqu'à les écrire avec son propre sang.

Ces serments sont le plus souvent des formules brèves, concrètes, rédigées en langage symbolique, et que l'auteur seul peut comprendre. En voici quelques exemples que nous avons pu observer : « Perce-neige », « petit serviteur », « quand même », « patience sainte classe », « *vade retro,* arrière, zut », etc., etc.

Ces formules de conjuration peuvent être remplacées par des signes cabalistiques que le malade dessine sur le papier ou exécute par gestes : ce sont des signes de croix faits d'une certaine manière, des barres ou des lettres M, N, V faites à l'envers, des paraphes bizarres, qui dans l'esprit du sujet prennent une signification spéciale. Presque toutes les lettres écrites par les psychasthéniques renferment des échantillons de ces signes que le sujet n'explique pas toujours.

Enfin, lorsqu'ils traversent une crise aiguë, ils recherchent un appui moral auprès d'un ami, d'un parent, d'un confesseur, d'un médecin, etc. Lorsqu'ils sentent venir une période de grandes crises, plusieurs de ces malades voyagent pour se distraire, ou même s'enferment spontanément dans des maisons de santé. Ce sont là aussi des moyens de défense indirects.

II. — La Crise obsédante

La crise psycho-physiologique. — Obsessions neurasthéniques et obsessions psychasthéniques. - Evolution des obsessions psychasthéniques. — Pronostics des obsessions

Dans la psychasthénie la crise obsédante n'apparaît pas

brusquement. Elle est précédée par une période *prémonitoire* de durée variable, pendant laquelle le malade ne se sent pas dans son état normal. Connaître cette phase est de toute importance, car elle permet de prévoir, dans une certaine mesure, les crises subséquentes.

1° La *période prémonitoire* peut consister en un état d'aboulie développé subitement. Un sujet, déjà hésitant par nature, voit s'aggraver tout à coup cette tendance à l'inaction. Il ne peut plus travailler, ne peut se résoudre à rien. Il semble que tout ressort est détruit en lui, et il se laisse aller à l'inertie la plus complète.

Quelquefois, au contraire, cette période débute par un état de surexcitation et d'énervement, survenu à propos d'un détail insignifiant. Le sujet est agité, fiévreux, les idées se succèdent en foule dans son esprit, il parle avec volubilité, etc.

Plus souvent encore, le malade est assailli par des sensations pénibles ou douloureuses. Il a une « lourdeur de tête » caractéristique et analogue à celle qu'il éprouve après un surmenage intellectuel ; une sensation de gêne et de souffrance imprécise, des bourdonnements d'oreilles accompagnés d'une sorte de vertige et de légères nausées, etc., etc.

Enfin il éprouve fréquemment des phénomènes psychologiques complexes. Un sentiment d'inquiétude vague, une peur irraisonnée, une grande tristesse sans cause apparente, une impression de vide intellectuel et de fuite des idées, des absences durant lesquelles il se sent isolé du monde extérieur, des émotions bizarres, etc. Tous ces phénomènes anormaux sont la manifestation d'un état pathologique latent, que les malades sont unanimes à constater. Ils décrivent cet état d'une manière souvent très originale : « Je ne suis pas comme d'habitude », « je me sens étrange » ; « je ne suis plus moi, quelque chose a craqué en moi » ; « je suis tout chose ». Ils

vivent dans une attente pénible et comme si un malheur allait leur arriver, « ils ont des papillons noirs », etc.

Cette période prémonitoire n'est que le prodrome émotif de l'obsession psychasthénique vraie.

2° L'idée obsédante fait comme toujours son apparition brusquement, mais il semble pourtant que certaines circonstances facilitent son irruption. Elle débute au moment où le sujet veut accomplir une action volontaire, quand il commence un travail, par exemple. Un étudiant en philosophie, très psychasthénique, a des obsessions dès qu'il s'assied à sa table de travail, ou dès qu'il ouvre un de ses livres d'étude. C'est ce qui explique en grande partie l'aboulie apparente de certains de ces malades, car dès qu'ils veulent faire un effort intellectuel, exécuter une action virile, leurs obsessions se produisent. Pour les éviter, ils se confinent dans une inactivité voulue qui est pour eux un moyen de défense.

L'effort d'attention prolongé peut aider aussi au développement des obsessions. C'est souvent en écoutant un prédicateur ou en suivant attentivement une conversation sans y prendre part, que les psychasthéniques ont de violentes crises.

Enfin, les insommies prédisposent à leur tour aux idées obsédantes. Nous avons remarqué que, chez plusieurs de ces malades, les crises survenaient vers les trois ou quatre heures du matin, après une nuit sans sommeil.

Toutes ces causes nous paraissent agir de la même façon, elles provoquent une fatigue intense qui affaiblit le pouvoir de synthèse mentale.

L'idée obsédante atteint immédiatement son plus haut degré d'intensité et ne présente pas ces phases d'aggravations successives que nous avons décrites chez les neurasthéniques. L'angoisse physique et l'anxiété morale qu'elle

provoque sont d'ailleurs moins intense que dans la neurasthénie, bien qu'elles se reflètent parfois sur le visage du malade qui ne peut guère les dissimuler. Cette angoisse a toujours une durée très longue et persiste fréquemment après la disparition de l'idée obsédante. C'est là un caractère tout à fait spécial, n'appartenant qu'aux obsessions psychasthéniques, et qui a une grande importance à notre point de vue.

L'angoisse se traduit physiquement de plusieurs façons. Le malade peut avoir des *troubles cardiaques* (palpitations, arythmie, tachycardie).

Quand Patrice est angoissé, son cœur bat violemment et irrégulièrement. Il a des palpitations et des battements à tout rompre dans la poitrine. Son pouls, bien frappé d'habitude, plein et sans hypotension, serait plutôt dur et tendu pendant la crise. Bien que nous n'ayons pas eu, à ce moment, l'occasion de mesurer sa tension artérielle au sphygmomanomètre, il a surement de l'hypertension. Deux autres malades, Eddy et Rina, qui sont normalement des hypotendues, nous paraissent présenter des phénomènes analogues, quoique beaucoup plus atténués, leurs crises étant moins intenses que celles de Patrice.

Ces constatations coïncident avec les expériences très précises que MM. Vaschide et Marchand (1) ont pu réaliser sur un éreutophobe. La pression sanguine normale qui, chez ce malade, était de 18,5 centimètres, s'élevait à 21 centimètres sous l'influence de l'angoisse.

A ces symptômes viennent s'ajouter des phénomènes de vaso-dilatation périphérique. Ces malades ont le visage congestionné. Ils ont aux pommettes et sous les yeux des plaques érythémateuses d'un rouge pourpre. Les mains et

(1) Vaschide et Marchand : « Revue de psychiatrie », Juillet 1900.

surtout le visage se couvrent de sueur. Patrice est obligé de s'essuyer fréquemment la tête avec un mouchoir, car ses cheveux « coulent l'eau » littéralement. Rina, qui s'agite peu, a des sueurs abondantes, même lorsqu'elle passe sa crise assise dans un fauteuil, etc.

Les *troubles respiratoires* peuvent être variés. Chez Patrice on rencontre souvent de la polypnée (voir pl. II, fig. 7, 8, 9). La respiration est rapide et on dirait que les deux temps, inspiration et expiration, sont simplement raccourcis ; chez certains malades, ils sont si rapprochés, qu'il se produit une véritable trémulation du diaphragme et de l'abdomen.

Rina, au contraire, a, pendant son angoisse, de véritables crises de suffocation, qui peuvent durer plusieurs heures, et pendant lesquelles « elle se sent étouffer ». Le rythme respiratoire est plus rapide que la normale. L'inspiration est profonde et forte, elle s'arrête brusquement, produisant une sorte de soubresaut de la poitrine et un bruit analogue à celui du hoquet. L'expiration est brève et silencieuse. De temps en temps, ce rythme est interrompu par un grand soupir caractérisé par une inspiration et une expiration d'égale durée et très prolongées.

Il peut exister des *troubles digestifs*. Pendant son angoisse, Patrice perd l'appétit, et il lui arrive souvent de ne pas dîner. Rina reste même un ou deux jours sans rien prendre, et la plupart du temps l'anorexie persiste après la crise. Elle a eu quelquefois des nausées passagères. Les malades ressentent aussi, au moment de l'angoisse, ce qu'ils appellent « des coliques blanches », sorte de spasme intestinal douloureux et rarement suivi de diarrhée.

Tous ceux que nous avons observés ont une *sialorrhée* abondante.

Pendant l'angoisse, les malades ont des envies fréquentes d'uriner, mais ils n'arrivent à émettre que quelques gouttes

d'urine. Il s'agit donc plutôt d'une *pollakïurie* nerveuse, d'origine réflexe, que d'une polyurie vraie.

Ils éprouvent des sensations génitales anormales, très analogues à celles produites par le vertige ou la peur, chez certains individus.

Tous ces phénomènes anormaux, douloureux, joints à l'anxiété morale éprouvée par le malade, incitent celui-ci à la résistance et le stimulent dans sa lutte contre l'idée obsédante. Il lui semble que si son idée vient à disparaître, son angoisse pénible disparaîtra à son tour. Le premier moyen employé pour vaincre son redoutable adversaire est la discussion. Il cherche des arguments rationnels à opposer à l'idée pathologique et comme celle-ci est absurde, il ne lui est pas difficile d'en trouver d'excellents. Il discute à perte de vue avec lui-même, déployant un art merveilleux à se prouver l'inanité de l'idée qui le hante. Tant qu'il argumente, qu'il discute ou qu'il disserte, l'idée semble céder ; mais dès que son raisonnement est terminé, elle réapparaît avec la même intensité. Il recommence un grand nombre de fois, mais sans plus de succès et ne réussit qu'à s'énerver, qu'à s'épuiser à cette lutte qui lui semble ne devoir jamais aboutir. En revanche, il acquiert la manie de la discussion, véritable tic mental, dont il aura beaucoup de peine à se débarrasser plus tard.

Sentant leur impuissance au point de vue mental, ces malades en arrivent presque toujours à associer des efforts physiques à leurs efforts moraux. Ils trouvent dans cette sorte de détente nerveuse, que produit l'activité musculaire, un puissant dérivatif de leurs crises.

Patrice, pour enrayer ces obsessions, marche dans sa chambre « comme un lion en cage ». D'autres sont obligés de sortir de chez eux et marchent plusieurs heures sans s'arrêter. Lorsque Ormis a une crise, il fait plusieurs tours de

boulevard. Quelques-uns entreprennent même de longs voyages. Cette sorte de dromomanie est très différente de la fugue des épileptiques ou des hystériques, qui est inconsciente. Ici, au contraire, elle est recherchée, voulue par le malade qui, s'il n'a pas un but topographique bien précis, sait au moins pourquoi il déambule.

Rina a des crises de pleurs convulsifs, Géo des crises de paroles; il récite d'une voix de stentor des tirades entières du *Cid* et de *Ruy-Blas* et quand cela est insuffisant, il hurle comme un possédé. Enfin un autre malade se jette sur le lit en proie à une véritable crise d'agitation, avec mouvements désordonnés, simulant une crise hystérique.

Comme on le voit, cette période de l'obsession psychasthénique est extrêmement complexe. Non seulement elle est difficile à analyser chez un même sujet, mais elle présente en outre, chez des sujets différents, des modalités tellement variables, qu'il est presque impossible de la ramener à un type bien défini. On peut affirmer cependant qu'elle se divise en deux phases : une phase d'angoisse et une phase réactionnelle.

Elle commence toujours par une phase d'angoisse pure dont il est possible de déterminer les caractères physiologiques et psychologiques, si on l'étudie dès le début de sa production; mais, comme cette angoisse dure longtemps, des phénomènes de réaction et de défense viennent peu à peu se surajouter aux premiers, les modifiant plus ou moins profondément. Cette intrication se fait insensiblement, sans transition brusque, de telle sorte, qu'à la fin de la crise, il est difficile de dire ce qui appartient aux uns ou aux autres de ces phénomènes. Plutôt que d'établir entre eux une limite arbitraire, nous avons préféré les décrire tels qu'ils se présentent à nous, les groupant dans la même période.

C'est la *période d'angoisse et de lutte.*

3° Enfin l'idée obsédante finit par disparaître. Elle ne cesse jamais brusquement comme dans la neurasthénie. Le sujet la sent perdre de son importance, mais il a si souvent éprouvé des rémissions partielles, sans résultat durable, qu'il se demande si celle-ci ne va pas être encore provisoire. Il n'éprouve pas, en effet, cette impression de bien-être et de détente qui chez le neurasthénique coïncide avec la cessation de l'idée pathologique ; son angoisse bien qu'atténuée persiste encore et ce n'est qu'après la disparition de celle-ci qu'il peut goûter le calme et le repos.

L'angoisse, qui a débuté pendant la période prémonitoire, qui s'est développée et aggravée pendant la durée de l'idée obsédante, se poursuit longtemps après la disparition de celle-ci et donne lieu à la *période d'angoisse prolongée.* Il semble donc que l'idée pathologique, malgré son importance, n'est pas la seule cause de la crise obsédante des psychasthéniques.

En essayant d'appliquer ici la méthode que nous avons employée pour schématiser les phases de l'obsession neurasthénique, nous obtenons la courbe O A B C D (planche I, fig. 2).

1° En O A, *période prémonitoire* de l'obsession, de durée très variable et pouvant aller de quelques minutes à quelques jours ;

2° En A B C, période d'angoisse pure, suivie de luttes qui aboutissent à des victoires partielles. On voit que l'idée s'atténue insensiblement jusqu'à un minimum D, puis reprend brusquement toute son intensité, amenant ainsi une série d'oscillations mentales successives, dont les durées sont toujours longues (faute de place, nous avons dû les raccourcir sur le schéma.) Comme il est difficile d'établir des divisions psychologiques précises dans cette période, nous l'avons appelée *période d'angoisse et de lutte.*

3° En U V, période de chute définitive. Elle se produit brusquement.

4° En V Z, l'idée obsédante n'existe plus, mais le sujet a encore de l'angoisse, qui s'atténue peu à peu. C'est la *période d'angoisse prolongée*.

*
* *

Les obsessions psychasthéniques présentent à première vue de grandes analogies avec les obsessions neurasthéniques, mais dès qu'on entre dans l'analyse des phénomènes psycho-physiologiques, on s'aperçoit très vite qu'il existe entre elles des différences qui permettent de les distinguer très nettement.

Les obsessions neurasthéniques commencent presque sans prodrome. Elles ont des paroxysmes intenses, mais de courte durée. L'idée obsédante, avec son cortège de sentiments et d'émotions diverses, provoque des réactions de défense si énergiques et si précises, qu'il est possible de suivre les étapes de ce drame intérieur. Dès que l'idée morbide a disparu, les phénomènes émotifs anormaux disparaissent aussi, et le sujet éprouve un immense soulagement. L'idée semble donc jouer un rôle prépondérant dans toute la crise.

Les obsessions psychasthéniques se produisent au contraire après une période d'incubation vaguement consciente. Elles sont toujours de très longue durée, et leurs paroxysmes sont atténués. Les émotions primitives et réactionnelles passent de l'une à l'autre d'une manière insensible et se confondent pour donner des états complexes dans lesquels il est difficile d'établir des divisions précises. L'idée obsédante paraît jouer ici un rôle moins important que dans la neurasthénie. Même lorsqu'elle vient à disparaître, le sujet n'éprouve aucun sujet de soulagement spécial, il continue à ressentir de l'angoisse et longtemps encore il reste triste et anxieux.

Les obsessions se produisent toujours sur un organisme affaibli. Dans la neurasthénie cette faiblesse est provisoire et pour ainsi dire accidentelle. Dans la psychasthénie, elle est constitutionnelle et aggravée encore par une hérédité pathologique.

Ces terrains dissemblables font comprendre dans une certaine mesure les différences de manifestation des crises, et ils expliquent en tout cas la diversité des pronostics.

Ces considérations générales sont assez précises pour pouvoir aider le plus souvent à établir un diagnostic différentiel. Mais il est des cas intermédiaires sur lesquels il sera difficile de se prononcer, car entre la neurasthénie et la psychasthénie il n'y a pas de limite bien tranchée.

*
* *

Les obsessions psychasthéniques se produisent de très bonne heure. Cette manifestation précoce de la maladie est un excellent signe pathognomonique de la psychasthénie. Nous avons rencontré une petite malade, Mad., qui à 8 ans 1/2 avait eu le tableau complet du syndrome obsédant, avec crises paroxystiques et idées obsédantes conscientes, irrésistibles, etc.

Cependant c'est là une exception. Dans la majorité des cas, avant d'avoir de véritables crises, ces petits malades éprouvent des phénomènes anormaux, indice d'une émotivité pathologique qui favorisera le développement ultérieur des idées obsédantes. L'étude attentive du caractère de l'enfant montre en effet qu'il porte en germe toutes les tendances morbides qui fleuriront plus tard si une éducation spécialement soignée et une hygiène sévère ne viennent y porter remède.

Ils ont des sentiments anormaux, des bizarreries de caractère, des petites manies, des tics, des impulsions, des pho-

bies, etc Tous ces phénomènes, d'ordre moteur ou sensitif, indiquent bien que leur système nerveux est déjà un *locus minoris resistentiæ*.

Pendant la seconde enfance, ces symptômes s'exagèrent encore. L'école est pour eux une épreuve qui révèlerait définitivement leur état, s'il était resté latent. Loin de leurs parents, mis en rapport avec de petits camarades de leur âge, ils prennent contact pour la première fois avec la vie sociale. Ils s'adaptent avec peine à leur nouvelle existence, car ils s'isolent facilement de leur milieu. Ils restent à l'écart des autres écoliers, ne se tiennent pas avec eux, ne se mêlent que très rarement à leurs jeux. Ils sont toujours tristes et moroses et ont besoin, plus que d'autres enfants, de sympathie et de tendresse. Très impressionnables et très suggestibles, ils ont des antipathies et des terreurs inexplicables, des sentiments étranges et des passions morbides, contre lesquelles on ne peut presque rien. Leur caractère original, leur bénignité naturelle les prédestine à devenir les souffre-douleurs de leurs camarades. Persécutés, ils deviennent facilement méchants et entrent dans de violentes colères : ils se montrent alors d'une brutalité et d'une férocité qui contrastent étrangement avec leur manière d'être habituelle.

Ce sont en général des enfants intelligents et bien doués, à l'imagination vive et ardente. Ils ont de la facilité pour les lettres et les arts, mais ne peuvent poursuivre des études qui demandent un effort de réflexion constant ou un travail persévérant.

Au physique, ce sont des débiles. Leur nutrition se fait mal, ils sont maigres, chétifs ou bouffis. Ils conservent pendant longtemps de l'incontinence d'urine. Ils ont des convulsions, très souvent aussi des tics nerveux (clignotement de l'œil, pincement des lèvres, etc.), et quelquefois de véritables mouvements choréiques. La danse de Saint-Guy est

assez fréquente dans les antécédents des obsédés. Rina et Eddy sont tristes et mélancoliques toutes jeunes, elles ont de petites manies, des passions bizarres qui les font tourner en dérision ; elles ont des tics de la face, des mouvements convulsifs, etc. Patrice est scrupuleux, émotif, phobique. Tout jeune il a l'esprit tourmenté par des idées pénibles qui le hantent.

C'est surtout à la puberté que les vraies crises obsédantes se produisent. Ce grand bouleversement physiologique, qui est souvent une épreuve pénible pour l'individu normal, amène des perturbations profondes dans l'être physique et moral du psychasthénique.

En général, la fonction sexuelle s'établit tardivement chez eux et présente certaines anomalies. Les jeunes gens gardent longtemps le type infantile, les poils de la barbe et du pubis mettent longtemps à apparaître, les transformations des organes vocaux et sexuels s'effectuent lentement. Les jeunes filles sont réglées tardivement et très irrégulièrement (Rina à 16 ans, Juzy à 17). Chez elles, la puberté coïncide souvent avec des troubles profonds du système nerveux central.

Il ne faut pas seulement mettre en cause la puberté physique, mais aussi la puberté morale qui se produit un peu plus tard. « La perception de sensations nouvelles, leur assimilation à la personnalité, tous les sentiments qu'elles entraînent, compliquent singulièrement l'existence morale à la puberté. C'est l'âge où tous les grands problèmes de la vie se posent simultanément. Le choix d'une carrière et le souci de gagner son pain, tous les problèmes de l'amour et pour quelques-uns tous les problèmes religieux. » (1) Toutes ces influences réunies, qui assaillent à la fois son faible cerveau, encore en

(1) Janet, op. cit., p. 618

voie d'évolution, produisent « une insuffisance psychologique » à la faveur de laquelle se développeront les obsessions. On prévoit quels seront leur objet : scrupules de vocation, préoccupations sexuelles, philosophiques ou religieuses, etc.

Avec l'âge adulte, l'organisme se fortifie et les obsessions disparaissent généralement. Ce n'est pourtant pas toujours le cas. Elles peuvent renaître à l'occasion de grandes crises physiologiques, pathologiques ou morales, particulières à cet âge. Toutes, par des moyens divers, aboutissent au même résultat, en produisant un état de déséquilibration et de dissociation des fonctions psychiques supérieures de l'individu. C'est ainsi qu'agissent la ménopause chez la femme, le début de la sénilité chez l'homme, les maladies longues ou les grandes pyréxies infectieuses. Le surmenage intellectuel sensitif ou moral a une importance plus grande encore. Les difficultés multiples de l'existence, les soucis, les chagrins peuvent être chez l'adulte une cause puissante de rechute. Mal armé dans la lutte pour la vie, le psychasthénique ne peut occuper une situation qui exige une trop grande dépense d'énergie nerveuse. La tâche qu'un homme normal accomplirait facilement l'épuise. Il se surmène, s'affaiblit sans s'en douter et un jour ses obsessions réapparaissent à propos d'un détail insignifiant. Ignorant le travail inconscient qui s'est fait en lui, il s'attaque avec acharnement à l'idée puérile qu'il croit être la cause déterminante de ses obsessions et qui n'est en réalité qu'une cause occasionnelle sans importance.

En résumé, les obsessions atteignent les jeunes, surtout pendant la période d'organisation physique et morale, c'est-à-dire de 15 à 30 ans. Après 30 ans, les obsessions sont rares et elles n'existent pour ainsi dire plus après l'âge critique, c'est-à-dire de 45 à 50 ans.

Les obsessions psychasthéniques sont toujours de *longue durée*. Cette constatation n'a rien de surprenant, quand on a

bien compris les caractères du terrain mental sur lesquels se développent ces obsessions.

Elles sont essentiellement *chroniques*. Les formes aiguës, dont on a signalé quelques exemples, sont tellement rares qu'elles ne font que confirmer la règle générale que nous venons de poser. On peut ramener les obsessions psychasthéniques à deux types principaux : la forme intermittente et la forme rémittente.

Dans la forme *intermittente*, le malade, après avoir été obsédé un certain temps se guérit complétement. Revenu à son état normal, il reprend sa vie habituelle pendant de longues années, mais à la suite de l'une des causes que nous avons énumérées plus haut, ses crises se reproduisent pour se guérir de nouveau. Ainsi, une même personne peut avoir plusieurs périodes d'obsessions aiguës, séparées par de longs intervalles de guérison. Ajoutons que, dans ces cas, c'est toujours la guérison qui a le dernier mot et que, passé la cinquantaine, aucune crise ne se produit plus. Dans ce type d'obsession on peut donc porter un pronostic très favorable.

Dans la forme *rémittente* il y a, comme dans la précédente, de longues périodes de crises aiguës, mais ici elles sont séparées par des intervalles de calme très relatif et durant lesquels le malade ne retrouve pas complètement son état habituel. Non seulement il garde une émotivité anormale, mais il a souvent de petites crises avortées. Si ces crises étaient très fréquentes on aurait le *type continu*. Le pronostic doit être ici plus réservé.

Lorsque les obsessions ont une aussi longue durée, elles ne restent pas toujours semblables à elles-mêmes ; elles passent par une série de transformations qui, sans être identiques pour tous les malades, se ressemblent assez.

1° Le sujet les cache d'abord à son entourage ; il cherche à

s'en débarrasser tout seul. Si on le questionne il les dissimule autant qu'il le peut.

2° Le sujet se sentant impuissant à les vaincre, et les idées pathologiques continuant à prendre de l'importance, il s'en effraye et les confie avec beaucoup de réticences à la personne en qui il a le plus de confiance. C'est parfois un ami, un confesseur, un médecin, etc. Ce n'est que plus tard qu'il en parle ouvertement à tous ; il finit alors par ne plus parler que de son mal, ce qui le rend quelque peu ridicule.

3° Au début, l'idée obsédante est unique, elle ne porte que sur un petit nombre de questions très délimitées. Peu à peu, elle s'étend à une sphère beaucoup plus grande, comme le ferait une tache d'huile. Dans l'obsession du doute, par exemple, le malade commence à douter de l'existence de Dieu, puis de celle du monde extérieur et enfin de sa propre existence.

4° Avec le temps, l'obsession se transforme. Des idées nouvelles se substituent aux anciennes et les modifient. Tel malade qui a débuté par l'obsession du scrupule finit par avoir la phobie des contacts. Celle-ci peut évoluer à son tour.

5° L'idée obsédante guérie laisse souvent après elle des tics plus ou moins tenaces. Si on veut les interpréter, il faut remonter à leur origine psychologique.

6° Toutes les obsessions ne disparaissent pas ainsi, elles peuvent présenter une dernière phase d'aggravation assez rarement atteinte d'ailleurs. Elles peuvent prendre le type continu que nous avons déjà décrit, et auquel le malade s'habitue assez aisément. Ne pouvant déloger son obsession, le malade s'arrange pour vivre avec elle le plus commodément possible. Il n'y réussit pas trop mal, en somme, car elle finit

par perdre ses caractères pénibles. « Le parasite est enkysté », comme le disait un malade.

Dans des cas exceptionnels, cette dernière période de la maladie est caractérisée par l'inertie, l'isolement et la confusion mentale.

Le malade se séquestre dans une solitude quelconque dont il ne veut plus sortir. Il reste couché toute la journée, prend à peine la nourriture qu'on lui apporte et se refuse à tout travail. Il se contente de lire un peu pour « se distraire de ses idées. » Dans sa misanthropie égoïste il s'isole même des siens, qu'il a pris en horreur et qu'il ne veut plus voir. Il ne demande jamais de leurs nouvelles et ne veut pas qu'on lui en parle. Néanmoins, il garde toute son intelligence et est parfaitement capable de causer agréablement avec les quelques privilégiés qui ont pu forcer sa retraite.

Dans d'autres cas, le malade est triste et inerte, restant des heures entières silencieux, les yeux vagues, la mine hébétée. Il se désintéresse absolument de tout ce qui se passe autour de lui. Si on veut attirer son attention, il faut lui parler fort ou le secouer un peu. Questionné, il répond normalement et peut soutenir une conversation à condition qu'elle ne soit pas trop longue. Livré à lui-même, il reprend son attitude favorite, semblant poursuivre quelque lointaine chimère. Si on lui demande quel est le but de ses réflexions, il répond invariablement « qu'il ne songe à rien, qu'il n'a point d'idée », ou bien qu'il cherche « à rattraper des pensées qui s'enfuient. »

Cet état n'est pourtant pas définitif et la plupart arrivent à en sortir; mais il faut avouer qu'il est fort inquiétant au début et de diagnostic difficile. Il ne faudrait pas confondre cette stupeur avec les états analogues que l'on rencontre dans l'aliénation mentale et en particulier avec la stupeur démencielle et mélancolique qui revêtent un caractère d'excep-

tionnelle gravité. Du reste, d'une façon générale, les obsessions psychasthéniques n'altèrent pas l'intelligence et ne dégénèrent pas en folie proprement dite. C'est là une constatation faite par la plupart des aliénistes contemporains, mais il va sans dire qu'elle peut souffrir quelques exceptions (1).

Les obsessions psychasthéniques, même celles qui sont considérées comme les formes les plus graves, peuvent donc guérir. Il est important de faire ici la distinction sur laquelle nous avons insisté plusieurs fois pendant le cours de ce travail, entre les obsessions, manifestations particulières d'un état morbide, et cet état morbide lui-même.

L'état psychasthénique peut s'améliorer, s'amender, mais le psychasthénique sera toujours un débile. Il peut avoir une valeur sociale importante, il peut remplir un rôle utile en mettant en œuvre son intelligence supérieure à la moyenne et ses dons naturels. Mais il lui faut trouver une activité proportionnée à ses forces et qui ne l'oblige pas à dépenser une somme d'énergie plus grande que celle qu'il a en réserve. C'est à cette seule condition que les traitements seront efficaces. S'il arrive à modifier son terrain physique et mental il améliorera ses obsessions, car elles ne sont que le dernier terme d'une série de troubles provoqués, comme l'a montré M. Janet, par l'abaissement « de la tension psychologique » produite elle-même par un état de faiblesse constitutionnelle du système nerveux central.

Pour modifier un pareil organisme, il faudra toujours beaucoup de temps. Il sera nécessaire d'en avertir les malades afin de les mettre en garde contre les découragements faciles et très compréhensibles.

(1) Fr. Boissier : « Essais sur la neurasthénie et la mélancolie dépressive, considérées dans leurs rapports réciproques », th. Paris 1895.

Observation III

Patrice, âgé de 32 ans, homme de lettres.

Antécédents héréditaires. — Né de parents âgés dont la famille a eu une hérédité chargée. Père en bonne santé, bien qu'un peu débile. Mère très nerveuse.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance, attaque de rhumatisme à 14 ans et à 22.

Stigmates physiques. — Déviation de la cloison nasale, lobule de l'oreille soudé, maxillaire inférieur large et carré (!) Léger degré de surdité congénitale. Phimosis. Quelques plaques de vitiligo sur le corps. Tissu adipeux très développé. Poids du corps disproportionné à la taille.

Enfance. — La nutrition s'effectue mal, tout jeune il est gras, bouffi, ses muscles ont une surcharge graisseuse exagérée. Néanmoins son évolution physique n'a présenté aucun trouble notable.

Son développement psychique présente quelques particularités qu'il est intéressant de signaler.

Son intelligence très vive, à certains égards, semble présenter des lacunes ; c'est ainsi qu'il ne peut apprendre les mathématiques et n'arrive pour ainsi dire pas à faire une opération sans faute. En revanche, il a l'imagination féconde et il est toujours le premier de sa classe en composition française. Il présente de nombreuses anomalies de caractère. Il est scrupuleux à l'excès. Il a toujours peur de léser ses camarades, et lorsqu'il joue avec eux et qu'il gagne, il va leur faire des excuses « craignant d'avoir triché sans le vouloir. »

Après sa première communion, il reste plusieurs semaines troublé, inquiet, se demandant s'il n'aurait pas dû mieux s'y préparer. Les parents ont de la peine à apaiser ses craintes. Il a des tics, des petites manies. Il fait des marques symboliques sur ses livres, sur ses cahiers. Il n'entre en classe qu'après avoir exécuté certains gestes, certaines contorsions. Il a des craintes inexpliquées qui sont de véritables phobies. Les fillettes de son âge lui inspirent de la répulsion et il ne consent jamais à jouer avec elles. Il a la terreur de cer-

tains jeux, de certaines rues où il refuse toujours de passer. D'un tempérament doux et bénin, il entre, pour les motifs les plus futiles, dans de violentes colères. Timide et émotif, il se tient à l'écart de ses camarades, qui se moquent de lui et en font un peu leur souffre-douleur. Il est hésitant, timoré, il a toujours le sentiment qu'il fait mal ce qu'il fait, aussi recommence-t-il sans cesse ses devoirs, etc. Ce perpétuel mécontentement de lui-même lui donne l'humeur morose.

Puberté. — Son développement physique ne correspond pas à son développement intellectuel et mental. Il garde pendant longtemps, dans un corps d'homme, une mentalité de garçonnet. Les tendances anormales qui existaient à l'état d'ébauche chez l'enfant ne font que se développer avec l'âge. Les bizarreries de son caractère s'accentuent, ses hésitations et ses scrupules s'aggravent. Des idées pathologiques apparaissent.

A 17 ans, son père aimerait le faire voyager pour l'initier à ses affaires dont il voudrait lui laisser la succession. N'ayant pas de goût pour le commerce et préférant de beaucoup les études littéraires ou musicales qui conviennent mieux à sa nature rêveuse et intellectualiste, il manifesta le désir de continuer ses études. Malgré l'ennui très réel que cela occasionna à ses parents, ils le laissèrent faire. Quelques mois après cette décision, son père étant fatigué, Patrice s'imagine qu'il en est indirectement la cause. Il a une véritable crise d'aboulie. On ne peut plus le décider à se lever le matin, pour aller au collège ; il perd le goût du travail, abandonne même la littérature et la musique qui sont ses deux passions. Il refuse de sortir et passe son temps à rêvasser dans sa chambre dans une immobilité quasi complète. Quelques jours après il est assailli par des idées obsédantes ayant trait à sa vocation commerciale manquée. Elles apparaissent sous forme d'interrogation. « Ai-je bien fait de continuer mes études ? Pourrai-je me faire une situation, tout seul, par les temps difficiles que nous traversons? » Comme toujours un sentiment de remords s'ajoute et se mêle à ses pensées : « N'ai-je pas fait trop de peine à mes parents? Ne suis-je pas la cause indirecte de la maladie de mon père? S'il venait à mourir, ne devrais-je pas avoir des regrets éternels ? » etc. Ces questions, et d'autres analogues, se pressent en foule dans son esprit. Il sent qu'elles sont absurdes, mais il ne peut s'en débarrasser. Il fait des raisonnements à

n'en plus finir pour se convaincre qu'il a bien fait d'obéir à ses goûts. Tant qu'il argumente, les idées semblent disparaître, mais elles reviennent dès qu'il cesse de discuter avec lui-même. Après 3 ou 4 heures de ce « supplice de la question » ses idées s'évanouissent, mais il reste triste et anxieux Pendant plusieurs semaines il est hanté par ses interrogations troublantes. Ses parents, inquiets de son état, l'envoient se reposer à la campagne, où il finit peu à peu par reprendre son état normal. Il garde néanmoins quelques sentiments anormaux qui font prévoir une rechute.

Après son baccalauréat il traverse encore une période d'hésitation maladive. Il passe plusieurs mois à se demander s'il préparera la licence de lettres ou le conservatoire de musique. Il emploie des journées entières à peser les inconvénients et les avantages de ces deux carrières, sans pouvoir arriver à se déterminer. Il ne fallut rien moins que l'intervention de ses parents et de son médecin pour le décider à aller à Paris suivre les cours du Conservatoire. Soutenu par la pensée du but à atteindre, il se met à l'œuvre sérieusement. Il a malheureusement beaucoup de peine à fixer son attention et à fournir un travail suivi. Aussi, après quelques mois de ce labeur intense, il a de grands maux de tête, des douleurs sourdes dans la nuque et dans les épaules et il est obligé d'interrompre sa préparation au concours. Il perd l'appétit et le sommeil et traverse une nouvelle période d'aboulie, qui le plonge dans la tristesse et dans le découragement. Un matin, comme il allait s'endormir, fatigué par une longue nuit d'insomnie, il se sent tout à coup obsédé par une idée persistante, dont la netteté le surprend. Il lui semble que toutes les croyances de sa jeunesse ne sont que des absurdités. L'idée de l'existence de Dieu même qui, jusque là, lui avait semblé toute simple à admettre, lui paraît une impossibilité. Chose étonnante et qui paraît tout d'abord incompréhensible, ces doutes lui viennent sans qu'il se donne à lui même aucune raison intellectuelle ou morale de douter. Ils ne sont pas la conséquence d'un raisonnement logique mais apparaissent « comme par bouffées ».

Ne pouvant chasser ces idées, il s'en inquiète ; il cherche des arguments mais ne peut vaincre l'idée « qui est en lui comme une entité vivante ». Il lutte, mais la sentant plus forte que lui, il se résigne à la subir momentanément, sans lui donner son consentement profond. Il arpente sa chambre, angoissé, anxieux, oubliant l'heure des

cours et celle des repas. Ses amis inquiets, viennent s'enquérir du motif de son absence et le trouvent dans une tenue négligée, l'air égaré. « Je deviens fou ! s'écrie-t-il en les voyant, j'ai dans ma tête une idée que je ne puis vaincre et cela dure depuis trois heures du matin ! »

Rassuré par ses amis qui l'obligent à sortir, il se calme. Mais les nuits suivantes les mêmes phénomènes se reproduisent. S'il voit écrit quelque part le nom de Dieu, s'il trouve sur son chemin une église, ou s'il veut se mettre au travail, ses idées obsédantes réapparaissent. Pour retrouver sa tranquillité d'esprit, il invente mille trucs, mille artifices dont quelques-uns sont vraiment très originaux. Il se dit, par exemple, qu'en devenant réellement athée, l'idée obsédante n'aurait plus aucune prise sur lui. Il cherche à se prouver la valeur intellectuelle de ses doutes morbides en les discutant et en apportant tous les arguments philosophiques et scientifiques qui seraient, à son gré, susceptibles de les confirmer. C'est une sorte de construction à rebours qui n'aboutit pas à grand résultat.

Un autre moyen fut de chercher à se distraire et oublier ses idées, en se lançant dans une débauche effrénée. Ces excès en l'affaiblissant davantage ne firent qu'aggraver ses obsessions. Le sentiment de remords vient s'ajouter à ses troubles multiples. Il se reproche « sa veulerie morale et son manque de caractère. » Même aux heures où les idées obsédantes lui laissent quelque répit, il est triste et anxieux. Il ne sort plus de sa chambre et se nourrit à peine, le travail lui devient impossible.

Ses idées obsédantes en s'aggravant ne sont plus spéciales ; une idée quelconque peut devenir chez lui l'origine d'une série d'obsessions. Pense-t-il à sa mère, pour laquelle il a une véritable vénération ! Il se pose mille questions à son sujet. Il songe d'abord à l'affection qu'elle a pour lui et à la peine qu'elle ressentirait si elle le voyait dans cet état ; mais peu à peu ses pensées dérivent : Qui lui prouve après tout que c'est une bonne mère ? qui lui prouve qu'elle a été chaste ? qui lui prouve qu'il est bien le fils de son père ? et autres questions de cet acabit ! Il est désolé, navré de penser que de telles idées ont pu germer dans son cerveau ; il cherche à se prouver qu'il l'aime, et, pour bien se le persuader, éprouve le besoin de crier à haute voix : « Ma chère mère, quelle femme admirable elle est ! » Il prononce cette phrase même en présence d'autres personnes, comme s'il voulait se justifier devant elles de ses propres pensées.

Exaspéré de se sentir toujours vaincu, il finit par se demander si sa raison existe, si lui-même n'est pas une irréalité. Qu'est-ce que la pensée? qu'est-ce que la raison ? quels rapports ont-elles avec le temps ? Est-ce que tout n'est pas illusion ? etc. Il se perd dans des raisonnements interminables, tout heureux au fond d'arrêter ses pensées sur un sujet autre que sa mère.

Ces idées ne persistent pas constamment, elles le quittent parfois. Mais ce qui est pénible, c'est le sentiment de malaise, de tristesse qui ne lui laisse aucune trêve et l'accompagne toujours et partout. Il ne peut s'en abstraire et s'en plaint autant que de l'idée morbide.

Il reste cinq ou six mois dans cet état qui, comme on le voit, ne faisait que s'aggraver. Son médecin très inquiet lui conseille de retourner chez lui et de consulter un spécialiste. Il va consulter M. le professeur G...., qui lui prescrit, avec un traitement approprié à son état, un repos absolu et une cure d'hydrothérapie à Champel.

Rassuré, encouragé par sa visite au Professeur, il reprend espoir. Après une longue cure hydrothérapique, il abandonne ses études pendant un an pour aller vivre à la campagne. Peu à peu les crises s'atténuent. Il arrive à les combattre en s'agitant. Comme pour beaucoup de ces malades, les crises d'agitations se substituaient à la crise intellectuelle, ce qui est un bon signe d'amélioration. « Quand je sens mes idées venir, je marche et puis ça passe », disait-il souvent. « Je marche » est un euphémisme, en réalité il gesticulait, se débattait, bousculait les meubles, ce qui lui donnait les allures de « lion en cage ».

Les sentiments pénibles qu'il ressent entre les crises s'atténuent à leur tour. Il peut reprendre un travail moins absorbant, mais pendant plusieurs années encore il a des poussées d'idées obsédantes suivies de sentiments contraignants

Age adulte. — Il s'occupe de critique théâtrale et littéraire. Fréquentant un milieu de snobs, il se laisse entraîner par quelques-uns d'entre eux à commettre des exentricités graves ; comme conséquence de ses orgies effrénées, il a des obsessions de sacrilège avec sentiments de remords.

Il est obligé de se condamner encore à un repos de plusieurs mois. Enfin. enthousiasmé par le mouvement socialiste, il abandonne la littérature et la musique pour étudier les questions économiques. Il le fait avec passion, prend la parole dans les réunions publiques, se jette dans le journalisme à corps perdu, etc., etc... Après une

grande tournée de conférences, dont il revient épuisé, de nouvelles obsessions se produisent.

Ce sont, cette fois, des obsessions de crimes, à formes impulsives. Pour ne pas allonger cette observation, nous ne décrirons pas ces deux dernières formes, dont on trouve des exemples dans le cours de ce travail.

Observation IV

Eddy, 35 ans, institutrice.

Père rhumatisant, mère cardiaque, frères et sœurs en bonne santé.

Enfance : Rougeole, coqueluche.

Elle a souvent de grands maux de tête qui l'empêchent quelquefois d'aller à l'école.

Elle est toujours triste, malheureuse, ne se mêle jamais aux jeux de ses petites compagnes, ne s'intéresse à rien.

Très intelligente, elle apprend vite ses leçons et a très bonne mémoire, mais le moindre effort la fatigue. Toute jeune elle a déjà le sentiment qu'elle est anormale : « J'aurais été heureuse d'être comme toutes mes amies, mais je ne suis pas comme tout le monde », et cela contribue encore à l'attrister. Elle a des tics, cligne de l'œil, tire ses bas, fait toujours les mêmes grimaces, etc.

Puberté. — Réglée tard et très irrégulièrement.

En pension, elle est toujours une des premières de sa classe. Elle a une grande facilité pour l'étude, mais n'a pas de puissance de travail. Elle fixe difficilement son attention et ne peut rien faire de suivi. Le matin, elle se sent normale pendant les quatre ou cinq heures qui suivent son réveil ; mais peu à peu elle se sent envahie par une impression de fatigue qui augmente jusqu'à l'heure du coucher. La nuit elle a des cauchemars variés, sauf à l'époque de ses règles où elle rêve toujours de taureaux.

A 15 et 16 ans, crise de chloro-anémie profonde pendant laquelle on la retire de pension pour l'envoyer vivre à la campagne.

A 17 ans apparaissent brusquement des mouvements choréiques très intenses à la face et aux quatre membres. La tête et le tronc sont si fortement secoués, qu'il lui est difficile de s'alimenter toute seule.

Elle a un hoquet particulier suivi d'une sorte de mouvement de déglutition bruyante.

Le hoquet coïncide toujours avec une aspiration qui est très longue.

Cet état physique a persisté pendant fort longtemps. Voyons maintenant son *état mental.*

Après sa première communion, à 13 ou 14 ans, elle a des obsessions de doute qui durent plusieurs heures par jour. Elle se pose mille questions sur l'existence de Dieu, l'origine des choses, etc. Pendant sa crise elle s'interroge fiévreusement, sans pouvoir arriver à une solution. Pendant ce temps elle est fortement angoissée, et son angoisse dure longtemps après que ses crises de questions sont terminées. Ses parents la font soigner ; et, petit à petit, ses obsessions disparaissent. Elle retourne en pension et reste quelque temps très bien. Malheureusement survient la crise de chloro-anémie à la suite de laquelle elle éprouve ce qu'elle appelle : « des fuites des idées et des mots » et qui ne sont, en réalité, qu'une variété d'obsessions, puisqu'elle est constamment poursuivie par la pensée de trouver un mot qui lui échappe, et qu'elle ne peut s'arrêter tant qu'elle ne l'a pas retrouvé. On l'envoie à la montagne et, au fur et à mesure que ses forces lui reviennent, ses obsessions s'atténuent. C'est alors qu'apparaissent les mouvements choréiques qui préoccupent plus ses parents qu'elle même, car débarrassée de ses obsessions, son esprit est dans un calme relatif. Les divers traitements essayés paraissent rester sans résultat. On l'envoie chez le docteur X... spécialiste en renom pour la traiter par l'hypnotisme. Elle est réfractaire au sommeil hypnotique et à peine éprouve-t-elle, pendant quelques secondes, un léger engourdissement. En revanche, chaque séance provoque chez elle de telles crises qu'au bout de 3 ou 4 essais infructueux le docteur X... crut devoir y renoncer. A partir de ce moment, non seulement ses mouvements sont exagérés, mais ses obsessions réapparaissent avec une telle violence qu'on craint pour sa raison. Pendant toute la journée mille idées embrouillées traversent son esprit, qui semblent s'enchevêtrer capricieusement, elle ne peut leur résister et se sent entraînée dans une sorte de tourbillon sans fin, irrésistible. Son angoisse continue et ne lui laisse que peu de répit. Les nuits sont agitées, elle perd le sommeil et prend son milieu en grippe, ne pouvant plus voir ni son père, ni sa mère. On est obligé

de l'isoler et après plusieurs semaines de repos absolu elle revient peu à peu à l'état normal, ne conservant que de temps à autre des obsessions, qui durent 2 ou 3 heures sous forme de manie de l'analyse. Avant de les avoir elle se sent plus agitée que de coutume; puis, après l'obsession elle garde une grande impression de tristesse et d'abattement moral.

Au bout de quelques années, ses obsessions ont disparu complètement, ses mouvements choréiques se sont très atténués et il ne lui reste plus qu'un tic de l'épaule droite, sorte de soubresaut violent qui coïncide avec des mouvements de projection en avant de la mâchoire inférieure.

Ajoutons que cette malade n'a jamais eu « de crises de nerfs ni aucun symptôme ressemblant à une attaque d'hystérie. Pas de zone hystérogène, ni anesthésie, ni hypéresthésie, pas de retrécissement du champ visuel. Le diagnostic d'hystérie doit donc être écarté.

Examen physique. — Pas de stigmates physiques de dégénérescence, rien de particulier à signaler aux poumons et au cœur. Pouls lent et faible, il y a de l'hypotension très nette. Digère mal, a l'estomac lourd 2 ou 3 heures après avoir mangé et quelquefois des renvois aigres le matin. Pas de dilatation stomacale. Très constipée. Pollakiurie. Depuis sa chloro-anémie, réglée régulièrement. Pendant ses règles, elle a une recrudescence de ses tics. Elle a toujours de légers tremblements dans les doigts et à l'extrémité de la langue.

Force musculaire normale. Réflexes plutôt exagérés aux membres supérieurs, normaux aux membres inférieurs. Réflexes pupillaires normaux.

Mesure de la sensibilité. — Aux pulpes des doigts 0,002 ; face dorsale de la main 0,25 ; face palmaire, 0,01.

Champ visuel normal.

CHAPITRE III

LES OBSESSIONS CHEZ LES HYSTÉRIQUES

La complexion nerveuse et psychologique des hystériques constitue une merveilleuse prédisposition aux obsessions. Elles revêtent ici, cela va sans dire, des caractères très spéciaux, et pour bien les comprendre, il faut envisager la grande névrose au point de vue psychologique. C'est, du reste, la tendance générale des travaux contemporains.

Charcot, un des premiers, a insisté sur ces caractères en affirmant qu'elle était « une maladie psychique par excellence ».

Pierre Janet insiste sur le *rétrécissement de la conscience* et la désagrégation de la *personnalité* : « Le caractère essentiel de cette maladie est la formation dans l'esprit de deux groupes de phénomènes , l'un constituant la personnalité ordinaire, l'autre susceptible d'ailleurs de se subdiviser, formant une personnalité anormale différente de la première et complètement ignorée par elle (1) ».

Pour M. Jules Janet : « l'état incomplet de la personnalité première constitue les tares hystériques, il permet l'action

(1) « Automatisme psychologique », p. 367 et « Accidents mentaux des hystériques », I, p. 268.

désordonnée de la personnalité seconde, c'est-à-dire les accidents hystériques. La seconde personnalité, toujours cachée derrière la première, d'autant plus forte que celle-ci est plus affaiblie, profite de la moindre occasion pour la terrasser et paraître au grand jour (1) ».

M. le professeur Grasset précise cette notion, un peu trop schématique, en montrant que ce n'est pas une maladie mentale : « C'est seulement une maladie polygonale, une maladie du psychisme inférieur, laissant intactes, ou à peu près, les fonctions psychiques supérieures... L'hystérique assiste souvent avec les débris de sa personnalité, au dévergondage pathologique de son sub-conscient ; mais il sait que c'est pathologique, il ne croit plus ensuite que ce soit arrivé (2) ».

L'étude des obsessions nous paraît confirmer ce point de vue. Avant de l'entreprendre nous devons examiner rapidement le caractère des hystériques et leur terrain mental qui nous permettra de comprendre et d'expliquer la production du syndrome.

I. — L'idée obsédante

Caractère des hystériques. — Le terrain psychologique.
Idée fixe et idée obsédante.
La crise psycho-physiologique.

Les jeunes filles hystériques sont d'une grande vivacité intellectuelle. Leur imagination brillante et d'une prodigieuse fécondité les entraîne à se nourrir des rêves les plus

(1) « Revue scientifique », 1888, 676.

(2) Grasset et Rauzier : « Traité pratique des maladies du système nerveux », II, p. 807, 4e éd. — Grasset : « Leçons de clinique médicale », 3e série, p. 230.

fantastiques, des chimères les plus extravagantes. Habituées à vivre dans l'irréel, elles bâtissent des romans féériques, dont elles se croient les héroïnes, arrivant ainsi à se considérer comme des personnages importants autour desquels tout doit graviter. De-là provient cette tendance à la coquetterie et cette manie inconsciente et incorrigible d'attirer l'attention sur elles. Il faut qu'on les voie, qu on les remarque, qu'on s'occupe d'elles. Il faut que d'une façon ou d'une autre, ceux qui les entourent soient au courant de leurs joies comme de leurs tristesses ; de leurs petites misères comme de leurs graves maladies. Elles ne peuvent supporter l'indifférence d'autrui et déploieront pour la vaincre les plus fins artifices. Pour intéresser ou émouvoir leur milieu, elles sauront imaginer les histoires les plus extraordinaires, feindre des maux bizarres, ou mentir effrontément.

Il y avait dans le service du professeur Rémond deux hystériques, Mariana et Josépha qui, lorsqu'on cessait de s'occuper d'elles pendant une ou deux visites, refusaient de manger ou accomplissaient des actes d'indiscipline grave, uniquement pour que le chef de service vienne le lendemain leur prodiguer des encouragements ou leur faire des reproches.

Très intelligentes en général, elles s'assimilent vite tout ce qui ne demande pas un effort d'attention trop prolongé; malheureusement elles sont d'une mobilité excessive et passent d'une idée à l'autre sans transition, sans pouvoir s'arrêter à rien de précis et de définitif. Elles ont des enthousiasmes irréfléchis pour toutes les nobles causes du jour, mais reviennent très vite de « leur emballement ». Portant aujourd'hui leur héros ou leur héroïne au pinacle, elles le jetteront demain dans la boue, sans un regret avec une parfaite indifférence. Elles ont à un haut degré l'esprit de contradiction qui leur fait prendre le contre-pied de tout

ce qu'on dit et de tout ce qu'on fait. Elles aiment les paradoxes et, en public, soutiennent toujours les théories originales ou excentriques, quitte à en adopter d'autres le lendemain. Leur facilité naturelle les rend fières et frondeuses.

Ces brillantes qualités de l'esprit sont très réelles, puisqu'on les retrouve même chez les hystériques élevés dans des milieux peu cultivés. Mais ces qualités peuvent disparaître si la maladie vient à s'aggraver. Briquet, un des premiers, a signalé ce fait : « Après de nombreuses attaques, la plupart des hystériques éprouvent dans leur intelligence des altérations, elles perdent de leur mémoire, leur faculté de s'appliquer diminue notablement, elles deviennent incapables d'une attention quelque peu soutenue, etc... (1) ».

Cette incapacité à recevoir une instruction nouvelle. tient à leur distraction maladive qui ne fait que s'aggraver avec le temps. On leur parle, elles ne répondent pas, parce qu'elles n'ont pas écouté. On leur donne à lire un livre, un journal, elles le parcourent consciencieusement plusieurs fois de suite sans en sauter une ligne, mais sont incapables de répéter un mot de tout ce qu'elles ont lu. Elles ont lu avec les yeux, mais leur pensée était ailleurs... Arrivées à un degré avancé de la maladie, presque toutes acquièrent avec peine des connaissances nouvelles. On a même vu certaines de ces malades arrêtées toutes jeunes en plein développement intellectuel et perdant une bonne partie de ce qu'elles avaient acquis. Même dans ce cas, elles donnent facilement le change à un observateur superficiel ou peu attentif, car, par une sorte de compensation, très compréhensible, au fur et à mesure que la faculté d'attention diminue, les phénomènes d'auto-

(1) Briquet : « Traité de l'hystérie », p. 384.

matisme intellectuels s'exagèrent. Ces idées nouvelles, qui ne sont que le résultat de leur rêverie sub-consciente, se développent. Elles se déroulent toute la journée, soit que les malades travaillent, soit qu'elles se reposent, ce qui nous explique pourquoi elles ne sont jamais réellement à ce qu'elles ont l'air de faire. Ces rêveries peuvent être systématisées et servir de thème à une véritable histoire que l'hystérique se raconte à elle-même ; ou bien se présenter sous forme d'images incohérentes et imprécises. Ces rêveries marmotées à demi-voix expliquent les soupirs, les exclamations, les phrases incompréhensibles que les malades laissent échapper, ce qui leur donne parfois une allure bizarre. Ce sont ces mêmes rêveries qui, en se transformant, sont susceptibles de donner naissance à une idée fixe.

L'excitabilité et la susceptibilité des hystériques sont très vives. Il suffit quelquefois d'un mot équivoque, d'un regard qu'elles jugent offensant, d'un accident de peu d'importance, pour provoquer chez elles une tempête émotionnelle qui les bouleverse.

Marianna reste huit jours sans vouloir me parler et me tourne le dos avec colère parce que j'ai fait la contre-visite à l'heure du parloir. Josépha, à la moindre contrariété, se bat avec ses voisines dont elle a plusieurs fois labouré le visage avec ses ongles. Suse ressent une violente terreur au moindre bruit, etc.

A cause même de l'exagération de ces phénomènes, les émotions sont beaucoup moins variées que chez des sujets normaux. Il semble que chaque malade ait son émotion favorite et, qu'elle que soit la cause provocatrice, c'est toujours elle qui se produira, à l'exclusion de toute autre. C'est ainsi que certains sujets réagissent toujours par la peur, d'autres toujours par la colère.

Enfin, pour si réelle qu'elle soit, « l'émotion n'est pas en

rapport suffisant avec la circonstance qui l'a provoquée, elle est disproportionnée, sans nuance, sans justesse. Quand nous sommes irrités contre quelqu'un, nous pouvons l'être de cent manières différentes qui se traduisent un jour par un geste, un jour par telle ou telle parole, un autre jour par des coups. Les hystériques ont toujours et partout la même colère » (Janet).

Ces malades sont le plus souvent remuantes,gaies, entrain, éclatant de rire à tout propos et même hors de propos ; elles sont capables de passer brusquement de la joie la plus exubérante à la tristesse la plus noire. Elles restent alors indifférentes à tout et ne manifestent aucun plaisir de revoir les leurs, qu'elles accueillaient naguère avec enthousiasme.

Ces violents contrastes se retrouvent encore dans les manifestations de l'activité et de la volonté. Tantôt abouliques, elles restent des heures dans l'immobilité la plus complète, se laissant aller à la torpeur, à l'engourdissement intellectuel ; tantôt, au contraire, sous l'influence d'une idée dont on ne saisit pas toujours l'importance, elles s'entêtent et passent des jours et des nuits à poursuivre un but dont il sera impossible de les détourner.

Elles mentent effrontément et dissimulent avec la plus extraordinaire facilité. Cependant, il ne faut pas toujours mettre sur le compte de la supercherie les histoires extraordinaires qu'elles racontent, car ce n'est pas sciemment qu'elles altèrent la vérité. Les amnésies partielles et capricieuses qui sont si fréquentes chez elles laissent des lacunes dans leurs souvenirs, et celles-ci peuvent porter sur des détails importants. D'autre part, certaines de leurs rêveries subconscientes prennent tant d'importance dans leur esprit et dans leur vie, qu'elles finissent par les prendre pour des réalités et les raconter comme telles. Elles ont tellement l'habitude de mélanger le rêve à la réalité qu'il leur est parfois impossible

de distinguer entre les deux. Il faut donc n'accepter leurs récits ou leurs témoignages qu'avec la plus grande réserve, mais ne pas les accuser de manquer de droiture si elles ne disent pas toute la vérité. Le plus souvent elles l'ignorent.

Elles sont coquettes, « évaporées », ont des allures provoquantes, mais c'est par parade et afin de satifaire leur amour-propre incommensurable, plutôt que par érotisme proprement dit.

De nombreuses observations montrent qu'elles sont plutôt frigides que sensuelles. Chez quelques-unes d'entr'elles, l'anesthésie presque complète des organes génitaux a bien prouvé qu'il ne faut pas prendre pour de la lascivité ce qui peut être attribué à une tendance bizarre du caractère.

Elles sont essentiellement suggestibles. Elles acceptent très facilement comme vraies les idées d'autrui (hétéro-suggestion) ou subissent l'influence de leurs propres idées, même de celles qui sont sub-conscientes (auto-suggestion) ; aussi sont-elles crédules à l'excès. Cette suggestibilité peut, dans une certaine mesure, s'étendre aussi aux actes. Elles imitent avec une prodigieuse facilité les gestes, les attitudes et même les infirmités des personnes qui les entourent et n'ont aucune peine à s'adapter à des milieux différents du leur. Elles acquièrent aussi facilement les qualités et les vices que les bonnes et les mauvaises manières.

Elles ont des rêves nocturnes fréquents, qui influent fortement sur leur vie en donnant naissance, après le réveil, à des idées subconscientes spéciales, de telle sorte qu'on a pu dire : « qu'elles continuaient à vivre leur rêve. » Elles ont parfois des cauchemars lugubres ou terrifiants qui leur laissent une impression pénible. Ils se rapprochent beaucoup des rêves alcooliques et peuvent être à type professionnel, zoopsiques, érotiques, etc., etc.

*
* *

La distraction, la suggestibilité, la tendance à l'automatisme, la diminution de la synthèse mentale, que nous avons signalées sommairement comme des défectuosités de caractère chez les hystériques, constituent en réalité de véritables tares physiques qui jouent un rôle important dans le développement de la maladie. Non seulement elles expliquent la manière d'être si particulière de ces malades, mais aussi dans une certaine mesure leurs stigmates et leurs accidents mentaux.

Les *anesthésies* qui ont pour le diagnostic de la névrose une si grande importance, sont mobiles et contradictoires. Elles varient sous l'influence de causes multiples (suggestions, rêveries, idées fixes, émotions, etc.). Tous les phénomènes psychologiques qui modifient le pouvoir d'attention exercent sur elles une influence indéniable et tantôt les suppriment, tantôt les augmentent. Il s'agit donc là, non pas de lésions anatomiques proprement dites, mais d'un fonctionnement psychologique défectueux, que Lasègue et Janet ont attribué à une sorte de distraction. Celle-ci produit en effet chez l'homme normal des phénomènes analogues à l'anesthésie hystérique. Le soldat absorbé par le feu de l'action ne sent pas ses blessures. Le malade distrait par une visite oublie sa souffrance, etc.

L'hystérique au lieu de percevoir comme l'homme normal plusieurs sensations à la fois et de les faire siennes en même temps, ne peut en percevoir qu'une. Le champ de sa conscience est rétréci par sa distraction maladive. Il se produit dans ce domaine ce qui se passe pour son champ visuel. Au lieu de percevoir autour de lui un espace considérable, il ne verra qu'une aire très limitée. Si sa distraction augmente

par suite d'une idée fixe ou d'une opération mentale quelconque, il ne percevra plus nettement qu'un point géométrique, tout le reste demeurant dans la pénombre. « Il ne suffit pas en effet qu'une sensation isolée, simple, soit produite dans l'esprit pour quelle soit par cela même appréciée par le sujet. Il faut, pour la conscience complète d'une sensation qui s'exprime par le « je sens », qu'une nouvelle opération s'ajoute à la première. Il faut qu'une sorte de synthèse réunisse les sensations produites et les rattache à la masse des idées antérieures qui constitue la personnalité. » (1)

Les *amnésies*, qui sont si fréquentes chez les hystériques peuvent, comme les anesthésies, être expliquées par la distraction. Il y a des « distractions de mémoire, comme il y a des distractions de sensations », et elles amènent des oublis comme celles-ci amènent des anesthésies. C'est qu'en effet, comme le dit Janet, « il ne suffit pas pour que nous ayons conscience d'un souvenir, que telle ou telle image soit reproduite par le jeu automatique de l'association des idées, il faut encore que la perception personnelle saisisse cette image et la rattache aux autres souvenirs, aux sensations nettes ou confuses extérieures ou intérieures, dont l'ensemble constitue notre personnalité ». C'est cette personnification, cette assimilation psychologique des images que les hystériques réalisent mal à cause de leur distraction. Ils conservent les souvenirs dans leur subconscience, dans leur mémoire polygonale, puisqu'ils peuvent être rappelés lorsqu'ils sont en état de désagrégation psychologique (rêve, somnambulisme, écriture automatique, etc.), mais à l'état de veille ils ne peuvent être évoqués. L'amnésie hystérique est donc une *amnésie d'assimilation*.

(1) Janet : « Etat mental des hystériques », p. 101.

L'*aboulie*, qui est un symptôme très fréquent dans les maladies nerveuses, revêt chez les hystériques des caractères très particuliers. Elle porte principalement sur les actes nouveaux, alors que les actes anciens sont assez bien exécutés, grâce, sans doute, à l'habitude qui les a rendus automatiques. L'altération semble donc porter encore sur une synthèse actuelle, qui doit se faire à chaque instant de l'existence et qui consiste « à assimiler des actions nouvelles à la personnalité ancienne ».

La distraction, la diminution de la synthèse mentale et la suggestibilité favorisent la production de pensées involontaires conscientes ou subconscientes. Si ces idées prennent de l'importance, elles peuvent arriver à se développer et à former des systèmes complexes qui peuvent se reproduire automatiquement, en dehors de la volonté et de la perception du sujet. Ce sont des *idées fixes*. Ces idées étrangères au Moi, le plus souvent subconscientes, jouent un rôle important dans tous les accidents hystériques, bien qu'elles soient méconnues par le sujet.

Ces idées fixes polygonales se retrouvent sous divers symptômes de l'hystérie. Elles expliquent certaines *hyperesthésies* qui sont dues bien souvent à des idées réveillées par association, à propos d'un contact quelconque, et qui produisent une angoisse générale plutôt qu'une douleur bien localisée.

Elles expliquent des *tics*, des *mouvements choréiques*, des *tremblements*, qui ne sont que des mauvaises habitudes prises sous l'influence d'une idée fixe.

Elles font comprendre le mécanisme de certaines *paralysies*, de certaines *contractures* dans lesquelles une émotion, un traumatisme, un shock, ont provoqué une idée fixe consciente ou subconsciente, cause profonde de tout le mal. Les attaques, le somnambulisme, le vigilambulisme, les

délires, etc., sont encore sous la dépendance de l'idée fixe ; de même que la plupart des obsessions.

*
* *

La forme la plus simple d'obsession hystérique est celle qui a pour origine une *émotion intense*. L'émotion produit chez le sujet prédisposé un tel bouleversement, qu'il suffira de la rappeler par un moyen quelconque pour déterminer un état analogue au premier. Une scène sensationnelle, une image impressionnante sont capables, si elles sont rappelées, de provoquer des obsessions se répétant fréquemment. Ces images complexes sont formées d'une multitude de sensations olfactives, visuelles, auditives, etc., constituant un système fortement coordonné. Si l'on vient à en évoquer une, par hasard, toutes les autres se produisent simultanément. Ce système au lieu de se détruire au bout de très peu de temps, comme chez l'homme normal, persiste longtemps encore chez les hystériques, dont le terrain psychologique a pu être comparée avec juste raison : « à une pâte molle conservant profondément les empreintes ». Ces images s'organisent, deviennent automatiques et se succèdent toujours dans le même ordre, sans présenter aucune modification, aucune atténuation sensible pendant de longues années.

Une hystérique, par exemple, a un voisin qui se suicide d'un coup de révolver. Elle entend la détonation et se joint à ceux qui veulent essayer de lui porter secours. Elle le voit gisant au pied du lit, l'arme à la main, la tempe trouée et noircie d'où suinte un filet de sang qui a fait, en se répandant, une large flaque sur le parquet. Très impressionnée par cette scène tragique elle a une crise. Depuis lors, chaque fois qu'elle voit quelques gouttes de sang par terre ou une arme à feu, elle a pendant quelque temps la terrifiante vision de la chambre ensanglantée du voisin. Cette obsession se

présente avec des caractères nettement hallucinatoires. Dans le début même elle pouvait provoquer de petites crises.

Comme on le voit par cet exemple banal, l'idée obsédante revêt chez les hystériques des caractères très différents de ceux que nous sommes habitués à voir chez les neurasthéniques et les pychasthéniques. Elle est occasionnée par une idée venue du dehors, mais une idée exogène, comme disent les phychologues, qui s'est en quelque sorte imposée au sujet et dont le souvenir provoque des obsessions hallucinatoires.

Chez l'homme normal, les phénomènes subconscients ou polygonaux exercent une action réelle sur les phénomènes conscients. « Les deux psychismes peuvent réagir l'un sur l'autre », comme dit le professeur Grasset. Chez les hystériques, l'influence du subconscient a une importance beaucoup plus grande et fait sentir plus nettement encore son action. Il est favorisé par la distraction pathologique de ces malades et leur faiblesse de synthèse.

Tous les auteurs ont remarqué chez les hystériques des alternatives de tristesse et de gaieté, venant en apparence sans raison et ne s'expliquant même pas par une impression actuelle et fugace. Cela vient de ce que chez elles, le raisonnement, l'association des idées, la mémoire inconsciente travaillent sans cesse sur des excitations perçues consciemment où non, mais sorties de la mémoire consciente... Il est très difficile de reconstituer chez elles la suite d'un raisonnement, celui-ci s'étant fait en grande partie en dehors de la conscience » (1). Nous pouvons appliquer ces remarques aux obsessions.

Chez les hystériques, des phénomènes polygonaux peuvent provoquer dans la pensée consciente des émotions, des ima-

(1) Laurent : Des états seconds, variation pathologique du champ de la conscience. » Th. 1899, p. 155.

ges variées qui s'organisent et deviennent par leur répétition des obsessions véritables pouvant surgir spontanément.

Lorsqu'on donne à l'hystérique, pendant l'état somnambulique, une suggestion, revenue à l'état normal, elle semble n'en avoir gardé aucun souvenir. Cependant, au moment de l'exécuter, elle éprouve une sorte de tendance involontaire à l'accomplir malgré elle, qu'elle ne peut expliquer. Elle se sent poussée à la faire « sans en avoir envie », et si elle l'exécute se sera inconsciemment et contre son désir, elle le regrette aussitôt après. D'autres fois, lorsque l'acte suggéré est décidément en trop grande contradiction avec la nature du sujet, celui-ci ne l'accomplit pas, mais il éprouve alors de violentes impulsions à le réaliser.

Charcot avait suggéré à une femme hystérique, pendant son sommeil, l'idée de frapper son enfant à une heure déterminée. Malgré l'ordre formel qui lui avait été donné, cette malade n'est jamais arrivée à lever la main sur son enfant ; mais à l'heure dite, lorsqu'elle s'approchait de lui, elle esquissait des mouvements brusques et désordonnés, traduisant une sorte de lutte qui se livrait en elle. Pendant plusieurs jours de suite elle eut ainsi de violentes impulsions, contre lesquelles elle résistait et qui se terminaient en général par une véritable attaque d'hystérie.

Ces quelques observations vont nous aider à interpréter des cas plus complexes où l'obsession paraît nettement dériver d'une *idée subconsciente*, complètement ignorée par le sujet. Cette idée peut naître soit pendant le somnambulisme naturel, soit pendant les attaques ou les rêves, soit enfin comme des idées qui ont été d'abord conscientes, puis qui ont été oubliées comme telles.

Pendant les attaques, surtout les attaques à forme extatique, les malades ne restent pas sans conscience, sans idées. Ils sont accaparés le plus souvent par une idée fixe qui les

absorbe tout entiers. Cette idée fixe peut présenter des formes très variables. Ce sont le plus souvent des images hallucinatoires. Ils voient se dérouler devant eux une scène, toujours la même, agréable ou terrifiante (hallucination visuelle), ils entendent des voix extérieures ou intérieures (hallucinations auditives) ; enfin d'autres parlent leur rêve et le racontent à haute voix. Enfin des images peuvent se juxtaposer, se compléter mutuellement. C'est ainsi que Justine, une malade de Janet, qui est obsédée par l'idée fixe du choléra, voit devant elle un cadavre d'un bleu verdâtre ayant une odeur de putréfaction. Elle éprouve au dedans d'elle-même l'impression d'une voix qui s'extériorisant peu à peu lui crie : choléra, choléra; elle sent le froid qui l'envahit, elle vomit ses aliments et ne peut retenir ses selles.

Ces idées fixes n'émergent pas à la conscience sous leur forme primitive. Elles se transforment et se démarquent en devenant obsédantes. C'est ainsi que cette malade, ignorant son idée subconsciente du choléra, était obsédée par la crainte de la maladie et de la mort dont elle ne comprenait pas l'origine.

Citons encore un exemple emprunté à M. Janet pour expliquer une dipsomanie hystérique, c'est-à-dire une obsession impulsive à boire.

Maria est une hystérique, fille et petite-fille d'alcoolique. Elle a des attaques bien caractérisées pendant lesquelles elle voit son père boire. Elle boit elle-même ou en fait le simulacre avec un verre qu'elle tient caché sous son lit, ou avec une bouteille de cassis. Après son attaque, elle cherche à sortir et va, sans qu'on puisse la retenir, dans tous les cabarets qu'elle rencontre, ingurgite autant d'eau-de-vie qu'elle le peut. Elle va même chez des pharmaciens acheter de l'éther qu'elle absorbe à doses massives. Tout était bon pour elle, « car il lui semblait qu'elle mourrait si elle ne buvait pas. »

On voit très nettement le rapport entre l'idée fixe subconsciente et l'obsession. Les obsessions peuvent puiser leur origine dans le *rêve*. C'est qu'en effet, pendant le sommeil, les centres supérieurs abdiquent toute direction pour laisser le champ libre à l'activité des centres inférieurs polygonaux. Il peut donc se produire dans cet état de désagrégation psychologique maximum, des associations d'images qui se coordonnent en systèmes solides et qui pourront se reproduire automatiquement après le réveil, soit à la faveur d'une distraction, d'une association d'idées, ou d'une réserve consciente qui permettrait au sujet de réaliser un état voisin de celui du sommeil. Mais, comme toujours, les obsessions conscientes ne seront jamais la reproduction exacte de l'idée subconsciente ; elles subissent toujours une légère déformation.

C'est ainsi que les obsessions provoquées par le rêve prennent le plus souvent la forme de doute. Ce qui paraît certain dans le rêve est douteux au réveil.

Josépha est brouillée avec son père, alcoolique brutal qui a abandonné son foyer, laissant sa petite fille seule avec sa femme infirme. Elle rêve quelquefois de lui et presque toujours le voit revenant prendre sa place accoutumée. Très souvent, après le rêve, elle est obsédée pendant de longues heures par des pensées de doute et d'auto-accusations. Dès qu'elle « rêvasse », ce qui lui arrive malheureusement trop souvent, elle se pose une multitude de questions. Viendra-t-il ? Ai-je été assez bonne fille ? Ai-je fait tout mon devoir ? Serais-je capable de le faire s'il revenait ? » Et la pauvre fille finit par avoir de véritables remords, comme si elle était responsable de l'inconduite et de l'abandon du chef de famille.

Dans d'autres cas, le malade ne garde aucun souvenir de son rêve. Un malade qui rêvait souvent qu'il était criminel et

qui dans ses rêves se voyait accomplir des actes monstrueux, était obsédé pendant toute la journée par des pensées tristes qu'il ne pouvait chasser de son esprit. La chrysalide de ses papillons noirs était dans la subconscience.

La *rêverie consciente* elle-même peut être provocatrice de l'idée fixe. M. Charcot faisait remarquer que la plupart des accidents hystériques « sont, au début, presque involontaires. On commence à rêver, c'est qu'on le veut bien ; on pourrait s'arrêter, mais c'est si agréable ! On commence à manger peu pour maigrir, pour avoir la taille fine et ne pas ressembler à maman. Mais l'action continue de plus en plus automatique et la malade ne peut plus s'arrêter elle-même. C'est une attaque, une anorexie, etc. »

Cette incapacité radicale à enrayer les actions commencées pendant la rêverie est l'origine d'une multitude de tics qui peuvent être pris pour des actes impulsifs variés. Pendant une de ses rêveries, une malade déchire du papier ; toute la journée elle est poursuivie par la tendance à déchirer. Elle met en pièces non seulement son tablier, mais toute autre pièce de linge qui lui tombe sous la main.

L'*attention forcée* peut être, chez les hystériques, l'occasion d'obsessions de doute. Lorsque ces malades s'attachent à fixer leur attention sur un objet important pour en saisir avec force tous les détails, elles ont tout de suite une impression de flou, comme si une nuée passait entre elles et lui.

Il en est de même au point de vue intellectuel. Les idées acquises pendant qu'elles se fatiguent à « s'attentionner » sont mal formées, elles manquent de netteté et aboutissent le plus souvent à des obsessions de doute.

Nous avons vu jusqu'à présent que les obsessions hystériques avaient pour origine une idée fixe, unique, plus ou moins inconsciente. Mais à côté de cette idée fixe principale, il peut exister des idées *fixes secondaires* qui restent auto-

nomes et jouissent chacune pour leur propre compte des mêmes propriétés que la principale, produisant des obsessions et des impulsions qui se surajoutant aux premières, compliquent étrangement le syndrome.

Très souvent pourtant, ces idées dérivent les unes des autres. Is... à la suite d'un accouchement clandestin présente de l'anorexie (idée fixe de suicide subconsciente) ; puis des colères et des violences (idée subconsciente d'homicide pour se venger de son séducteur); enfin des impulsions contre les enfants, qu'elle a envie de battre (rêve subconscient de son enfant, cause de tout son malheur.)

Enfin M. Janet a décrit chez ces malades un groupe d'idées fixes secondaires qu'il a désignées sous le nom *d'idées fixes stratifiées*. « Ces idées fixes se recouvrent les unes les autres et la dernière paraît en général exister seule. Quand, à la suite d'un traitement psychologique (suggestion pendant l'hypnose), l'idée fixe disparaît, on est étonné d'en voir surgir une autre qui est précisément l'idée fixe précédente. Celle-ci effacée, réapparaît en troisième lieu une autre idée plus ancienne. Il semble que dans ces cas les idées fixes soient disposées en couches stratifiées et qu'on les mette au jour les unes à la suite des autres » (1). Chaque fois qu'une idée subconsciente inférieure remplace une idée supérieure, la forme et le caractère des obsessions et des impulsions du malade changent aussi.

En résumé, *les obsessions idéatives et impulsives sont le plus souvent occasionnées chez les hystériques par des idées fixes. Ces idées peuvent être conscientes, mais le plus souvent elles sont subconscientes.* Bien qu'elles agissent puissamment sur sa vie psychique, le sujet les ignore. Elles se révèlent dans la distraction, le sommeil, par l'écriture automatique, le somnambulisme naturel, le cristal gazing et par l'hypnotisme.

*
* *

La crise obsédante hystérique est plus simple à étudier que les précédentes, car elle présente des phases tranchées :

1° L'idée obsédante peut faire son apparition de deux façons différentes, ou bien elle se produit subitement et sans que rien puisse la faire prévoir, comme dans la neurasthénie ou la psychasthénie, ce qui est le cas le plus rare ; ou bien elle est provoquée par des *sensations extérieures*.

Josépha à des obsessions terrifiantes qui se réveillent dès qu'elle entend un bruit intense (un coup de fouet, une porte qui bat, une assiette qui tombe, etc.). Louisa a des obsessions de remords lorsqu'elle entend jouer certains airs de piano, etc.

La fixation d'un objet brillant provoque quelquefois des obsessions impulsives. Telle est souvent l'unique cause de la kleptomanie chez les hystériques. L'acte délictueux est toujours précédé par le curieux phénomène de la « prise du regard » qui indique bien que l'objet dont ils vont s'emparer exerce sur eux une véritable fascination.

Lorsque l'obsession a pour origine une idée subconsciente, ignorée du sujet, elle débute toujours par un sentiment de malaise très particulier et très souvent décrit chez ces malades. C'est une sensation semblable à celle que produit une boule qui part du creux épigastrique et qui semble remonter dans la gorge, leur donnant l'impression qu'elles vont s'étouffer.

2° Lorsque l'idée obsédante a atteint son parfait développement, qui se produit tout d'un coup, elle a des caractères nettement *hallucinants*, ce qui la distingue des obsessions neurasthéniques et psychasthéniques. Josépha « voit la tête de son père » comme si elle se détachait sur la porte. Justine

voit « un cadavre à la figure décomposée et verdâtre, elle sent son odeur de putréfié, etc.

Les images obsédantes sont tellement intenses, qu'elles absorbent l'esprit du malade tout entier; il reste comme fasciné par son idée et ne peut s'en détacher. Son attention est « tétanisée » par elle. Toute son attitude semble refléter cet état d'âme. Généralement immobile et silencieux, les yeux fixes, en proie à une angoisse extrême qui se traduit rarement à l'extérieur, il lui est impossible d'employer les moyens de défense qu'utilisent les neurasthéniques et d'essayer de réagir par le mouvement. Sous l'influence de l'idée, ses muscles sont contracturés comme son cerveau. La respiration, normale en temps ordinaire, devient courte et rapide sous l'influence de l'angoisse. Quand l'idée obsédante disparaît, l'angoisse cesse brusquement et la respiration revient à peu près au rythme primitif, bien qu'il soit un peu plus rapide pendant quelques temps encore. (Voir planche II, fig. 11 et 12). Le petit trait vertical indique le début de l'idée obsédante.

L'aire du champ visuel, déjà rétrécie avant la crise, l'est bien davantage pendant et après (voir pl. II, fig. 2). Nous n'avons reproduit dans notre figure 2 qu'un cas moyen ; chez certains malades le rétrécissement peut être réduit à un point.

3° L'idée obsédante disparaît brusquement et tous les phénomènes anormaux disparaissent en même temps qu'elle. La durée est très variable, mais le plus souvent elle est courte.

Elle ne laisse aucune trace dans l'esprit du sujet qui se sent après sa disparition tout à fait normal.

Si on schématise la crise à l'aide d'un graphique en employant la méthode que nous avons déjà indiquée, celui-ci sera très simple. (Planche I, fig. 3.)

1° En A B apparition brusque de l'idée obsédante qui atteint immédiatement son maximum d'intensité ;

2° En B C stade plateau où l'idée obsédante ne présente que de très légères oscillations à peine sensibles pour le sujet.

3° En C D disparition rapide de l'idée obsédante.

Observation V

Josépha..., 22 ans, couturière.

Père alcoolique et violent, mère nerveuse et chétive ; une grand'-mère ayant eu une maladie nerveuse grave (?).

Bonne santé habituelle, pas de maladie pendant l'enfance ou la jeunesse, réglée régulièrement depuis l'âge de 12 ans. A toujours été émotive, impressionnable et poltrone. Depuis sa plus tendre enfance a des terreurs nocturnes. A conservé longtemps de l'incontinence d'urine. Vers 13 ou 14 ans, elle a eu des attaques de somnambulisme. Elle se lève de son lit toute endormie et fait quelques pas dans la chambre. Ses parents la trouvent un soir debout sur la table de nuit.

Examen physique. — Léger tremblement des mains. Zone hystérogène à la hauteur de l'ovaire droit. Quelques plaques d'anesthésie disséminés sur tout le corps ; une plaque d'hyperesthésie sous le sein gauche. Anesthésie cornéenne et pharyngienne presque totale.

Obsessions. — A la suite d'une violente scène de famille provoquée par son père qui s'alcoolisait beaucoup, et où elle dut prendre la défense de sa mère infirme, elle eut de petites crises d'hystérie fruste. A partir de ce moment elle eut des obsessions.

Dès qu'elle entendait des gens se disputer ou élever par trop la voix, le souvenir de la pénible scène lui revenait à l'esprit et elle voyait apparaître la tête de son père avec le visage rouge, les traits convulsés, les yeux hors des orbites. Cette image hallucinatoire était si nette qu'elle aurait pu la localiser dans l'espace. Le même phénomène se produisait si quelqu'un entrait brusquement, si le facteur apportait une lettre ou un télégramme, si un parent, un ami venait dans la maison.

Le père resta plusieurs mois avant de réintégrer le domicile con-

jugal et, pendant ce temps, la crainte de son retour faisant place, chez la malade, à la crainte des dangers qu'il pouvait courir ; les obsessions se modifièrent sensiblement : au lieu de voir la tête d'un homme en colère, Josépha croyait voir celle d'un mourant ou d'un malade. Les traits étaient pâles, les orbites excavées...

Il lui semblait entendre une voix qui lui soufflait à l'oreille : « S'il est comme cela, c'est ta faute .» Des idées de remords vinrent s'ajouter encore à ses obsessions et rendirent leur évocation très pénible. Il lui arrivait rarement de rêver à son père, mais quand le fait se produisait, ce rêve amenait une recrudescence d'obsessions durant toute la journée. Pendant longtemps la plus petite émotion suffisait à réveiller l'image obsédante. Mais peu à peu elle perdait en intensité. Elle devenait chaque jours plus vague et plus terne et ces contours finirent par s'estomper dans l'imprécision.

Deux ans après, elle eut une nouvelle période d'obsessions. Des amis de sa famille ayant formé pour elle des projets de mariage qui n'eurent pas de suite, elle en conçut un vif dépit. Quelques jours après, elle refuse d'aller à l'atelier, de sortir ou d'aller en promenade; elle se dit qu'elle est trop laide et qu'il ne faut pas qu'en la rencontre car on se moquerait d'elle. Elle a des images hallucinatoires ou elle se voit contrefaite et difforme. Elle prend l'habitude, pour résister à cette obsession, de détourner la tête, ce qui devient chez elle une sorte de tic.

Observation VI

X..., 15 ans.

Père alcoolique, deux oncles paternels aliénés ; mère en bonne santé.

A toujours été chétive et nerveuse. Elle a des attaques d'hystérie très nettes.

Elle a des obsessions de suicide, ce qui paraît étrange, étant donné son jeune âge. Depuis un an, en effet, elle accomplit une foule de sottises pour se détruire. Elle avale du pétrole, mange du blanc de céruse, refuse de prendre des aliments ordinaires, etc.

En même temps, elle rêve continuellement à la mort, ne parle

que de cela et même en parle tout haut la nuit. Elle est enchantée de rêver à son enterrement, de se voir empoisonnée ou assassinée et quand on lui explique que ses parents seront désolés, elle répond qu'elle les voit mourir avec elle. Cette enfant a fait pour se tuer des tentatives absurdes qui pourraient bien lui devenir fatales un jour ou l'autre.

Cette préoccupation constante lui enlève toute activité intellectuelle, elle ne fait plus rien, ne comprend plus rien et surtout elle perd complètement la mémoire, ce qui l'a fait renvoyer de la maison où elle travaillait. Ces impulsions semblent avoir remplacé ses crises d'hystéries assez graves, qui se sont développées depuis l'âge de 12 ans. Comme il arrive quelquefois, les crises ont complètement disparu depuis que l'impulsion est prédominante.

L'histoire de cette enfant, confirmée d'ailleurs par les explications qu'elle donne dans le sommeil hypnotique, explique ces accidents. Elle fut laissée un jour par son père entre les mains d'un individu qui chercha à abuser d'elle. L'enfant, dans sa naïveté, n'y attacha pas grande importance et ce ne fut que bien plus tard, lorsqu'elle raconta le fait à sa mère, qu'elle en comprit la gravité. L'enfant eut comme des remords, ou des terreurs rétrospectives d'autant plus graves qu'elle se trouvait à l'époque de la puberté : de là d'abord les crises d'hystérie puis des rêves de désespoir (Janet, 1898).

Vu et approuvé :
Montpellier, le 18 mai 1907.
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 18 mai 1907.
Le Recteur,
A. BENOIST.

CONCLUSIONS

Pour pouvoir prescrire un traitement rationnel et pour porter un pronostic sur les obsessions d'un malade, il est important de connaître d'une manière très exacte la catégorie à laquelle appartiennent ces obsessions, le traitement devant être différent s'il s'agit d'un neurasthénique, d'un psychasthénique ou d'un hystérique.

Le diagnostic des obsessions dans les psychonévroses se fait habituellement en partant des stigmates physiques du malade. C'est là une méthode très sûre quand on peut l'employer. Mais il arrive souvent que les manifestations névrosiques sont vagues et mal ébauchées. Elles peuvent même faire totalement défaut chez certains obsédés. On n'a alors pour porter un diagnostic, que les caractères des obsessions que nous signalent les malades. Même dans ce cas, un diagnostic est possible si l'on s'attache à l'analyse psycho-clinique des idées morbides.

Malgré les nombreux points communs et les multiples analogies qui existent entre les diverses obsessions, l'étude de l'*idée* obsédante — envisagée au point de vue de sa forme et de son contenu — et de la *crise* obsédante — envisagée au point de vue psychologique et physiologique — dans les diverses psychonévroses nous a permis de dégager des éléments différentiels importants pour le diagnostic.

Nous les résumons dans le tableau ci-contre :

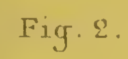
DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS DES OBSESSIONS

NEURASTHÉNIE	PSYCHASTHÉNIE	HYSTÉRIE
Idée obséd. endogène	Idée obséd. endogène.	Idée obséd. exogène.
—	—	—
Idée obsédante débute brusquement, sans prodrome.	Idée obsédante précédée par une période prémonitoire.	Idée obsédante précédée et provoquée par une cause étrangère au moi.
—	—	—
Crise courte, à paroxysmes intenses, à phases réactionnelles nettes.	Crise longue, à paroxysmes atténués, sans phases nettement différentiées.	Crise comprenant une seule phase dans laquelle l'état mental ne varie pas.
—	—	—
Angoisses et émotions anormales cessent avec l'idée obsédante.	Angoisses et émotions anormales persistent après disparition de l'idée obsédante.	Angoisse et émotions anormales cessent avec l'idée obsédante.
—	—	—
Obsessions non hallucinatoires.	Obssessions hallucinatoires.	Obsessions hallucinatoires.
—	—	—
Obsessions sans idée fixe.	Obsessions sans idée fixe.	Obsessions avec idée fixe préalable.
—	—	—
Crise ne modifie pas sensiblement les stigmates.	Crise ne modifie pas sensiblement les stigmates.	Crise modifie sensiblement les stigmates.

Courbes schématiques des diverses obsessions.

Fig. 1.

H N R G F M D E A C B I L P Q S X



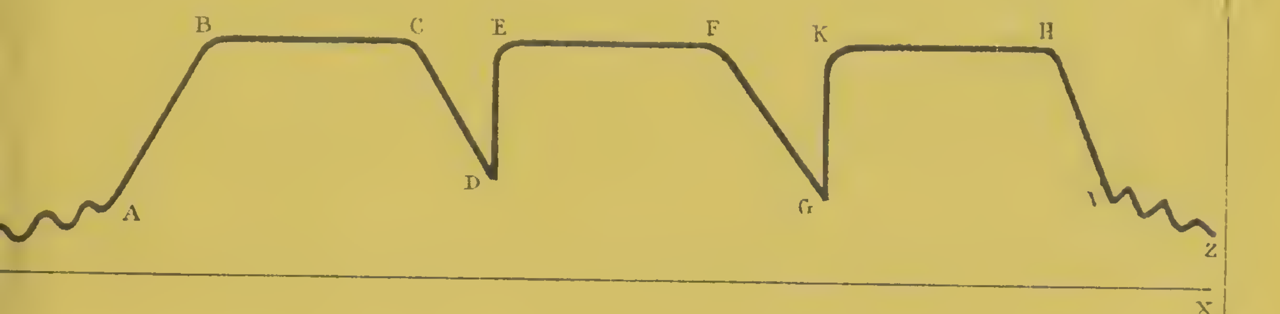
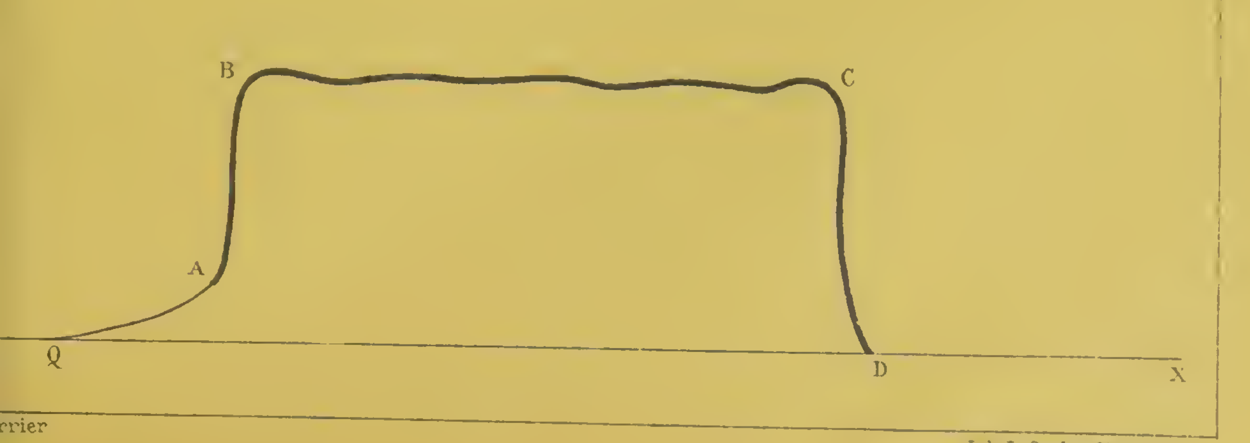


Fig. 3.



…rier

Lith. L. Combes Montpellier

Fig. 1.

0° Retr. 45° 45° B 0° 90° R" 135° 135° V 180°

8 7 6 5 4 3 2 1

Fig. 2.

0° Retr. 45° 45° R" 90° 90° 135° 135° 180°

1 2 3 4 5 6 7 8

Fig. 3.

Fig. 4.

Fig. 5.

Fig. 6.

Fig. 7.

Fig. 8.

Fig. 9.

Fig. 10.

Fig. 11.

Fig. 12.

Ferrier

Lith. L. Combes Montpellier

APPENDICE

Les Obsessions chez les Epileptiques

Dans l'épilepsie on rencontre très souvent des *obsessions à forme impulsive*. Ces obsessions ont été très bien décrites par les auteurs classiques, et si nous n'en avons pas parlé, c'est que nous ne les croyons pas comparables aux *obsessions vraies* que nous avons étudiées dans la neurasthénie, la psychasthénie et l'hystérie. Néanmoins, pour être complet, nous devons en dire quelques mots, car récemment MM. Haskovec (1), Raymond (2) et Janet (3), reprenant l'ancienne opinion de Griesinger, ont tenté de les rapprocher des obsessions psychasthéniques en se basant sur des considérations cliniques et théoriques.

Partant de ce point de vue que l'accès épileptique, avec sa perte de conscience, avec ses vertiges et ses actions complètement automatiques, est le type le plus complet d'abaissement de niveau mental; ils signalent chez ces malades des phénomènes qui se retrouvent dans la psychasthénie, ce sont :

Des crises d'angoisses qui surviennent sans perte de connaissance ni vertige et qui se reproduisent chez les épileptiques au milieu des accès, qu'ils tendent à remplacer peu à peu.

Des ruminations mentales, impulsion à compter par exemple, qui se rapprocherait de l'arithmomanie psychasthénique. Ils peuvent avoir même des « crises d'idées » où une pensée quelconque traversant leur esprit peut prendre une importance considérable au détri-

(1) Haskovec, de Prague : « Contribution à la connaissance des idées obsédantes ». XIII° Congrès de médecine. Paris 1900.

(2) F. Raymond : « Leçons sur les maladies du système nerveux ». 1901, V, page 107.

(3) P. Janet : « Op. cit. », I, page 502.

ment de toutes les autres et laissant au sujet une impression pénible, ce qui les rapprocherait des obsessions idéatives.

Enfin la *coïncidence* fréquente (?) de l'épilepsie et de la psychasthénie ; ce qui tiendrait, d'après M. Janet, au fait qu'il y a non pas *identité* entre ces deux maladies « mais *quelque chose de commun*, que leurs phénomènes sont voisins et peuvent aisément se transformer les uns dans les autres. Cet élément commun me paraît être la chute de la tension psychologique. Dans l'épilepsie vraie, cette chute est énorme, il y a suppression complète de la conscience, toutes les forces qui devraient être employées à produire cette conscience amènent la décharge, se dépensent en convulsions de tout le corps. Dans l'état psychasthénique la chute est bien moins grande, mais il y a tout de même une chute de conscience qui détermine les sentiments bizarres des malades, leurs doutes et leurs angoisses ».

Malgré ces remarques pleines d'intérêt et l'autorité scientifique de ceux qui les ont mises en avant, nous ne les croyons applicables qu'à des cas particuliers et qui sont des « cas limites », et nous préférons nous en tenir encore à l'opinion des classiques.

Essayons de la préciser en suivant la méthode que nous avons toujours employée jusqu'ici, c'est-à-dire en partant du *terrain mental* pour arriver à la compréhension de la crise obsédante.

Bien que beaucoup d'épileptiques ne présentent rien d'anormal au point de vue psychique, en dehors de la crise, la plupart d'entre eux ont une grande *mobilité* de caractère et un affaiblissement plus ou moins marqué des facultés intellectuelles. « Ils sont généralement sombres et apathiques, mais ce fond de tristesse habituelle est traversé par des changements d'humeur et d'allure d'une brusquerie singulière ; tantôt affables et généreux, tantôt grossiers et haineux, ils passent tour à tour de la bienveillance la plus outrée à la colère la plus violente. La mobilité d'humeur, le caractère « explosif » des épileptiques, ne se manifestent pas seulement dans le domaine des sentiments affectifs, mais aussi dans celui des idées. Chez certains malades, ces sautes d'humeur, ces explosions émotionnelles sont d'une brusquerie, d'une violence telles qu'elles méritent, bien qu'elles se montrent en dehors des attaques, d'être rapprochées des paroxysmes psychiques dont elles ne sont qu'une ébauche affaiblie. Ainsi s'expliqueraient les phénomènes de dépression qui les accom-

pagnent quelquefois, et notamment le trouble de la mémoire, les lacunes qui apparaissent dans la continuité des souvenirs (1) ».

L'*irritabilité* et les *emportements* subits constituent donc la note dominante de leur caractère et expliquent en quelque sorte leurs impulsions si fréquentes. Ces *impulsions* peuvent être comparées à un acte réflexe inférieur. Les centres supérieurs qui exercent sur l'homme normal un pouvoir de contrôle et dont l'activité — sous forme de réflexion et d'hiérarchisation des motifs — s'interpose entre la sensation centripète et l'acte volontaire centrifuge. La réponse à l'excitation intérieure ou extérieure se fait d'une manière *exagérée*, anormale, désordonnée. Il est bien rare que pendant la durée de l'acte « explosif » le malade puisse réfléchir à sa portée ou à ses conséquences. L'impulsion est soudaine et irrésistible, violente et brutale, rapide et courte, inconsciente et automatique. Elle s'accompagne presque toujours d'*amnésie* plus ou moins caractérisée ou d'un état d'obnubilation intellectuelle qui ne lui laisse qu'un souvenir vague et imprécis. Cette amnésie totale ou lacunaire a une telle importance qu'elle est considérée par beaucoup d'auteurs comme pathognomonique de la maladie.

Les impulsions sont accompagnées et quelquefois suivies d'un état psychique particulier caractérisé par de la confusion d'idées, de l'obtusion de la conscience. « Ce n'est pas à proprement parler une perte de la connaissance, mais bien un effacement subtil de la conscience normale. Le sujet entre brusquement dans ce qu'Azam appelait la condition seconde, sorte d'état de rêve dans lequel le malade perd le contrôle et la direction de ses actes, et que l'on désigne encore sous le nom d'état hypnagogique (Krafft-Ebing) ou *d'état crépusculaire.* »

Les *idées impulsives* des épileptiques sont extrêmement variables. Elles les poussent le plus fréquemment à commettre des actes délictueux. Telles sont les impulsions au suicide, au vol, les impulsions pyromaniaques, sexuelles, exhibitionnistes, bestiales, automutilatrices, et à l'automatisme ambulatoire, etc., etc.

Ces actes sont commis sans préméditation et avec une violence, un acharnement sauvage. Comme ces malades sont souvent, en

(1) Dutil, in « Pathologie mentale » de G. Ballet, p. 852.

dehors de leurs accès, irrascibles et brutaux, leurs actes ont parfois l'apparence d'être provoqués par une volonté réfléchie et tenace. Chez eux aussi, une pensée de haine subconsciente peut orienter leurs impulsions au meurtre qu'ils dirigent inconsciemment contre la personne qu'ils détestent le plus. Ces actes sont exécutés, comme nous le disions tout à l'heure, sans lutte de conscience, comme un véritable réflexe. Ce n'est que très rarement qu'on signale chez eux des hésitations ou des ébauches de résistance à l'idée pathologique.

Les impulsions peuvent se manifester aux diverses phases de la maladie. Elles se produisent souvent après l'accès (*impulsions post-épileptiques*), ce sont les plus fréquentes; mais elles peuvent survenir aussi avant l'accès (*impulsions pré-épileptiques*, ou même au lieu et place de l'accès (*équivalents épileptiques*.)

Nous conclurons en disant avec MM. Pitres et Régis :

« En résumé, l'émergence soudaine du fin fond de la conscience des éléments de l'obsession peut rappeler l'attaque d'épilepsie ; cependant ce n'est pas là de l'épilepsie vraie, ce n'est pas non plus de l'épilepsie larvée... Ces états d'obtusion secondaire, de tourbillon mental diffèrent absolument de l'absence primaire, du voile momentané de l'imperception des états nuageux de l'épilepsie. Alors que dans l'obsession vraie il y a conservation entière ou presque entière de la conscience, souvenir de l'attaque, anxiété et angoisse concomitante, inquiétude du malade sur son état mental... Dans l'épilepsie, au contraire, il y a explosion soudaine de l'attaque, inconscience état de trouble ou grande obscurité mentale pendant l'explosion, perte plus ou moins complète du souvenir de l'attaque, souvent ressemblance absolue des détails entre plusieurs attaques consécutives... (1) »

MM. Pitres et Régis insistent donc sur la lutte mentale qui caractérise l'obsession au lieu de la soudaineté irrésistible de l'épilepsie ; ils opposent comme exemple la dromomanie de l'obsédé à l'automatisme ambulatoire de l'épileptique.

(1) Pitres et Régis : « op. cit. », p. 96.

TABLE DES MATIÈRES

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!